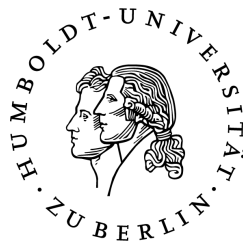


# **Differenzielle Wirkung und Wirkungsweise dialektisch-behavioral orientierter Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus Patientenperspektive**

---

Eine naturalistische, multimethodale Untersuchung



**Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades**

**doctor rerum naturalium (Dr. rer. nat.)**

**im Fach Psychologie**

**eingereicht an der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II der Humboldt-**

**Universität zu Berlin**

**von Jeannette Meißner, Dipl. Psych.**

---

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin: Prof. Dr. Jan-Hendrik Olbertz

Dekan der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II: Prof. Dr. Elmar Kulke

Gutachter 1 : Prof. Dr. Thomas Fydrich

Gutachterin 2: Prof. Dr. Babette Renneberg

Gutachterin 3: Prof. Dr. Isabel Dziobek

Tag der Disputation: 28.11.2014

---

## Patientenzitate

*„[ich habe] jahrelang Therapie gemacht, immer verschiedene Therapieformen. DBT ist die erste, die mir wirklich geholfen hat. Also, wo sich was verändert hat. Weil sonst wurde immer nur entweder auf's Essen geguckt, oder auf Familie. Und diesmal halt wirklich, ja, auf die Borderline-Störung“ (Pat. 3, 87)*

*„P: [...] dass sie [die Therapeutin] eben auch Kritik übt und einem auch mal sozusagen ,ne rote Karte zeigt und – ich kenn das halt sonst immer, es wurde nie was gesagt und dann wurde man irgendwo rausgeschmissen, zum Beispiel, ja? Und ich hatte ja hier wirklich Probleme, regelmäßig teil zu nehmen und sie hat mich halt immer wieder darauf hingewiesen und mich sozusagen nicht ins offene Messer laufen lassen.“ (Pat. 15, 115-116)*

*„Ich mag sie [die Therapeutin], weil sie aufrichtig sie selbst ist und nicht versucht, irgendwas anderes zu sein. Ich erlebe sie als sehr stark, ich erlebe sie als in sich sicher, so. Und das tut mir gut. Also, das ist einfach 'ne Persönlichkeit, ich begegne da einer bestimmten Persönlichkeit und nicht einer abstrakten therapeutischen Maske, sozusagen, die versucht, mir irgendwas vorzuspielen, was - was einfach so nicht funktioniert, meiner Meinung nach.“ (Pat. 27, 54)*

# Inhaltsverzeichnis

<i>Danksagung</i> .....	<i>Fehler! Textmarke nicht definiert.</i>
<i>Patientenzitate</i> .....	<i>ii</i>
<i>Inhaltsverzeichnis</i> .....	<i>iii</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis</i> .....	<i>vii</i>
<i>Abbildungsverzeichnis</i> .....	<i>ix</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i> .....	<i>x</i>
<i>Zusammenfassung</i> .....	<i>1</i>
<i>Abstract</i> .....	<i>4</i>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>6</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 Borderline als „king of the komorbid kingdom“: Diagnostik und Epidemiologie</b> .....	<b>9</b>
2.1.1 Diagnostische Einordnung der BPS im Diskurs verschiedener Therapieschulen .....	10
2.1.2 Kernmerkmale der BPS: Eine Klassifikationslösung .....	12
2.1.3 Epidemiologische Daten: Prävalenz, Komorbidität und Verlauf der BPS .....	14
2.1.3.1 Prävalenz .....	14
2.1.3.2 Komorbidität .....	15
2.1.3.3 Verlauf der BPS .....	15
<b>2.2 Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung: konzeptuelle Positionierung der DBT</b> .....	<b>16</b>
2.2.1 Ursprung, Entwicklung und Grundidee .....	17
2.2.2 Störungstheorie .....	19
2.2.3 DBT-Konzept, Ablauf, Vorgehen .....	20
2.2.3.1 DBT Konzept .....	20
2.2.3.2 DBT Ablauf .....	21
2.2.3.3 Therapeutisches Vorgehen .....	21
2.2.4 DBT-Techniken .....	23
<b>2.3 Wirksamkeit von Psychotherapie: Begriffsbestimmung</b> .....	<b>24</b>
2.3.1 Wirksamkeit von Behandlungen „efficacy und effectiveness“ .....	26
2.3.2 Psychotherapieforschung – eine Frage der Perspektive? .....	31
2.3.3 Therapieziele als bedeutsames Erfolgsmaß .....	32
2.3.4 Wirksamkeit Dialektisch-Behavioraler Therapie im Rahmen efficacy und effectiveness .....	33
2.3.5 Reduktion suizidaler und selbstschädigender Verhaltensweisen .....	36
<b>2.4 Wirkvariablen der Psychotherapie</b> .....	<b>38</b>
2.4.1 Modelle allgemeiner Wirkfaktoren .....	39

---

2.4.2 Die Therapeutische Beziehung als bedeutsamstes Prozessmerkmal .....	41
2.4.3 Spezifische Wirkfaktoren in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen.....	43
2.4.4 Wirkvariablen innerhalb Dialektisch- Behavioraler Therapie .....	44
2.4.4.1 Annahmen zu Veränderungsmechanismen innerhalb DBT.....	44
2.4.4.2 Qualitative Befunde zu Wirkfaktoren innerhalb DBT.....	45
2.4.4.3 Stellenwert der Therapeutischen Beziehung innerhalb DBT.....	47
<b>3. Hauptfragestellungen und Einbettung der Untersuchung in die „Berliner Borderline Versorgungsstudie (BBV)“ .....</b>	<b>49</b>
<b>3.1 BBV: Auswahl der Befragten und Zugang .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2 Untersuchungsablauf der BBV: Erhebungszeitraum und Einschluss der         Studienteilnehmer .....</b>	<b>51</b>
<b>3.3 Überblick der in dieser Arbeit verwendeten Messinstrumente .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4 Methodologische Herangehensweise der vorliegenden Untersuchung .....</b>	<b>54</b>
3.4.1 Mixed-Methodology-Design .....	54
3.4.2 Stichprobenbeschreibung .....	57
3.4.3 Diskussion der Stichprobe: Einordnung in die bisherige Befundlage.....	59
<b>4. Wirksamkeit DBT-orientierter Behandlung.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1 Methodologische Herangehensweise .....</b>	<b>61</b>
4.1.1 Fragestellungen und Hypothesen .....	61
4.1.2 Untersuchungsdesign.....	62
4.1.3 Operationalisierung der Variablen symptombezogener Erhebungsinstrumente .....	64
4.1.3.1 LPC .....	64
4.1.3.2 Borderline Symptom Liste .....	64
4.1.3.3 Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen.....	65
4.1.3.4 Beck-Depressions-Inventar .....	65
4.1.3.5 Brief Symptom Inventory.....	66
4.1.4 Direkte Veränderungsmessung .....	66
4.1.4.1 Qualitative Erhebung der Patientenziele.....	66
4.1.4.2 Quantitative Erhebung der Patientenzielerreichung.....	68
4.1.4.3 Erhebung der Therapiezufriedenheit.....	68
4.1.4.4 Erhebung der individuellen Veränderungen aus Patientensicht .....	69
4.1.5 Statistische Verfahren .....	70
4.1.5.1 PC-unterstützte Umsetzung der Analysen.....	70
4.1.5.2 Deskriptive Ergebnisse.....	70
4.1.5.3 Veränderungsanalysen .....	70
4.1.5.4 Zusammenhangsanalysen .....	71
4.1.6 Qualitative Inhaltsanalyse .....	71

<b>4.2 Ergebnisse .....</b>	<b>74</b>
4.2.1 Individuelle Therapieziele.....	74
4.2.1.1 Individuelle Therapieziele vor Therapiebeginn.....	74
4.2.1.2 Therapiezielerreichung nach einem Jahr Therapie .....	75
4.2.2 Störungsspezifische Veränderungen standardisierter Erhebungsinstrumente.....	79
4.2.2.1 Prä-Post-Werte, Effektstärken: BSL, BDI, FGG, LPC .....	79
4.2.2.2 Zusammenhang direkter und indirekter Outcome-Maße.....	81
4.2.3 Erfolg und Misserfolg aus Patientensicht .....	82
4.2.3.1 Therapiezufriedenheit.....	82
4.2.3.2 Individuelle Veränderungen aus Patientensicht.....	83
<b>4.3 Diskussion der Befunde .....</b>	<b>85</b>
4.3.1 Direkte Veränderungsmessung .....	86
4.3.1.1 Patientenzielkategorien.....	86
4.3.1.2 Zielerreichung aus Patientensicht .....	88
4.3.1.3 Patientenzufriedenheit .....	90
4.3.1.4 Individuelle Veränderungen .....	91
4.3.2 Indirekte Erfolgsmaße .....	91
4.3.2.1 Depressivität.....	92
4.3.2.2 Suizid- und Selbstverletzungsrate .....	92
4.3.2.3 Borderlinetypische Gedanken und Gefühle .....	93
<b>5. Wirkfaktoren aus Patientensicht .....</b>	<b>94</b>
<b>5.1 Methode.....</b>	<b>94</b>
5.1.1 Fragestellungen.....	94
5.1.2 Untersuchungsdesign.....	95
5.1.3 Der qualitative Untersuchungszugang.....	95
5.1.4 Erhebungsmethoden: Interviews zu den Veränderungen und Wirkfaktoren.....	96
5.1.5 Qualitative Auswertungsmethoden .....	97
5.1.6 Vorwissen und eigene Positionierung im Forschungsprozess.....	98
5.1.7 (Selbst-) reflektion im Forschungsprozess .....	99
5.1.8 Der quantitative Untersuchungszugang zur therapeutischen Beziehung.....	100
5.1.8.1 Das Working-Alliance-Inventory.....	100
5.1.8.2 Auswertungsmethoden (FA, Regression).....	100
<b>5.2 Ergebnisse .....</b>	<b>101</b>
5.2.1 Wirkfaktoren aus Patientensicht im ersten Therapiejahr.....	101
5.2.1.1 Gütekriterien für die Inhaltsanalyse.....	101
5.2.1.2 Schematische Darstellung der Hauptkategorien .....	102
5.2.1.3 Kategorienüberblick und jeweilige Häufigkeiten .....	103
5.2.1.4 Beschreibung der Kategorien .....	103

---

5.2.2 Die therapeutische Beziehung.....	127
5.2.2.1 Faktorenstruktur des Working-Alliance-Inventary .....	127
5.2.2.2 Die Qualität der therapeutischen Beziehung .....	129
<b>5.3 Diskussion der Wirkfaktorenbefunde .....</b>	<b>130</b>
<b>6. Wirkfaktoren im Zusammenhang mit Therapieerfolg .....</b>	<b>142</b>
<b>6.1 Methode.....</b>	<b>142</b>
6.1.1 Fragestellungen.....	142
6.1.2 Untersuchungsdesign: Datenauswertung .....	143
<b>6.2 Ergebnisse .....</b>	<b>145</b>
6.2.1 Hierarchisierung der Wirkfaktoren aus Patientenperspektive .....	145
<b>6.3 Diskussion der Ergebnisse zur Verknüpfung der Wirkfaktoren und     Therapieerfolgskriterien .....</b>	<b>163</b>
<b>7. Abschließende Gesamtdiskussion .....</b>	<b>167</b>
<b>7.1 Ergebniszusammenfassung auf einen Blick.....</b>	<b>167</b>
<b>7.2 Kritisches Fazit zum Untersuchungsansatz .....</b>	<b>169</b>
7.2.1 Studiendesign: Limitierungen .....	169
7.2.2 Kritisches Fazit zur Methodologie .....	170
<b>7.3 Fazit für die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung .....</b>	<b>171</b>
7.3.1 Fazit zur Evaluation der Therapieergebnisse im Rahmen BPS-Behandlung .....	171
7.3.2 Fazit zur Behandlung der BPS .....	173
<b>7.4 Ausblick.....</b>	<b>178</b>
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>179</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>206</b>

## Abkürzungsverzeichnis

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BBV	Berliner- Borderline-Versorgungsstudie
BDI	Beck Depressionsinventar
BIT-T	Bern Inventory of Treatment Goals
BMI	Body-Mass-Index
BPD	Borderline Personality Disorder
BPS	Borderline Persönlichkeitsstörung
BSI	Brief Symptom Inventory
BSI-GSI	Global Severity Index des Brief Symptom Inventory
BSL	Borderline Symptom Liste
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
CC	Cochrane Collaboration
CFA	Konfirmatorische Faktorenanalyse
CFI	Comparative-Fit-Index
d	Cohens d als Effektstärke
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
df	Freiheitsgrade
df <sub>r</sub>	Residuums-Freiheitsgrade
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Version
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EFA	Exploratorische Faktorenanalyse
EVT	Empirically Validated Therapies
FGG	Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen
GAS	Goal Attainment Scaling
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GSI	Global Severity Index
HTA	Health Technology Assessment bzw. Medizintechnik-Folgenabschätzung
IRRT	Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy
IWD	Index für widerspruchsvolles Denken
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin-Maß
LPC	Lifetime Parasuicide Count
Max	Maximum
MBT	Mentalisierungsgestützte Therapie
Min	Minimum
MSI-BPD	The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder
MW	Mittelwert
N	Patientenanzahl der Gesamtstichprobe
n	Patientenanzahl in der Teilstichprobe
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
P	Patient
PA	Psychoanalytische Therapie
PS	Persönlichkeitsstörungen
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

---

$r_{\text{partial}}$	Partialkorrelationskoeffizient
$r$	Effektstärke $r$ berechnet mit z-basierter Formel
$r_{\text{pears}}$	Korrelationskoeffizient nach Pearson
$r_{\text{spear}}$	Korrelationskoeffizient nach Spearman
RCI	Reliable Change Index
RCT	Randomised Controlled Trial
SCL-90-R	Symptom-Checkliste
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
SKID-I	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV: Achse I - Psychische Störungen
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II – Persönlichkeitsstörungen
SV	Suizidales Verhalten
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
T0, T1, T2, T3	Messzeitpunkte: Behandlungsbeginn (T0) nach jeweils 4 Monaten (T1; 2) und nach einem Jahr Therapie (T3)
TFP	Transference-Focused-Psychotherapy
TLI	Tucker-Lewis-Index
T-Wert	Testprüfgröße des t-Tests
TZ	Therapieziele
VAS	Visuelle Analogskala
VT	Verhaltenstherapie
WAI-P	Working Alliance Inventory-Patientenversion
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie
WST	Wortschatztest
Z	Zeile (Zitation der Originaltextstellen aus dem Interview)
z-Wert	Normalverteilter z-Wert des Wilcoxon-Tests
$\eta^2_p$	partielltes Effektstärkemaß



## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Hauptfragestellungen .....	7
Abb. 2: Kernmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung.....	13
Abb. 3: Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline Störung.....	19
Abb. 4: Algorithmus der Behandlungsfoki.....	22
Abb. 5: Die dialektische Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung.....	23
Abb. 6: Workgroup criteria for identification of empirically supported therapies .....	28
Abb. 7: Evidenzkriterien für empirische Studien .....	29
Abb. 8: RCTs zur Behandlung der BPS im Zeitraum 1995-2010 .....	34
Abb. 9: Hauptfragestellungen .....	49
Abb. 10: BBV-Flow-Chart: „Screening bis Completing“ .....	52
Abb. 11: Überblick über die verwendeten Erhebungsinstrumente im Zeitverlauf.....	53
Abb. 12: Zusammenhang: Direkte und Indirekte Veränderungsmaße .....	62
Abb. 13: Zufriedenheitsmessung, Beispiel .....	69
Abb. 14: Verteilung der Patientenzielkategorien.....	74
Abb. 15: Grafische Darstellung der durchschnittlichen Therapiezielerreichung.....	76
Abb. 16: Durchschnittliche Veränderung der subjektiven Zielerreichung .....	78
Abb. 17: Ausgewählte Unterskalen des BSI.....	81
Abb. 18: Häufigkeitsverteilung der Therapiezufriedenheit .....	83
Abb. 19: Individuelle Veränderungen aus Patientensicht nach einem Jahr Therapie.....	85
Abb. 20: Paradigma für die Einbettung der Wirkfaktoren im Therapieprozess .....	95
Abb. 21: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung.....	96
Abb. 22: Schematische Darstellung der Wirkfaktoren aus Patientenperspektive.....	102
Abb. 23: Verlauf der durchschnittlichen Qualität der WAI-Skalen .....	130
Abb. 24: Hauptkategoriensystem der Wirkfaktoren: Markierung der Beziehungsaspekte ...	137
Abb. 25: Darstellung signifikanter Zusammenhänge .....	148

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale der Stichprobe.....	57
Tab. 2: Häufigkeit der Achse-I und Achse-II-Diagnosen.....	58
Tab. 3: Suizidales und Selbstverletzendes Verhalten bis zum Ersterhebungszeitpunkt.....	59
Tab. 4: Überblick: Methodischer Algorithmus zur Beantwortung der Fragestellung 4 .....	63
Tab. 5: Beispiel einer Patientin (Fall 2, Ziel 2).....	73
Tab. 6: Kategoriensystem der individuellen Patientenziele: Haupt- und Unterkategorien .....	75
Tab. 7: Ergebnisse der Kontrastberechnungen der durchschnittlichen Zielerreichung .....	77
Tab. 8: Veränderung der durchschnittlichen, subjektiven Zielerreichung.....	77
Tab. 9: Ergebnisse der multivariaten Analyse der einzelnen Zielkategorien .....	79
Tab. 10: Überblick der Therapieergebnisse: Veränderung der störungsspezifischen Maße ...	80
Tab. 11: Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen .....	82
Tab. 12: Gesamtwerte der Hauptkategorien: Summe der Einzelnennungen .....	103
Tab. 13: Kategorien „Therapeutische Fachkompetenz“ .....	104
Tab. 14: Kategorien für die Therapeutische Sozialkompetenz.....	113
Tab. 15: Kategorien für „Methodenbalance“.....	117
Tab. 16: Kategorien für „Therapeut- Patient- Beziehung“ .....	120
Tab. 17: Kategorien für „Klientenfaktoren“ .....	122
Tab. 18: Kategorien für „Umfeldeinflüsse“.....	124
Tab. 19: Erklärte Gesamtvarianz des WAI-P .....	128
Tab. 20: Rotierte Komponentenmatrix des WAI-P .....	128
Tab. 21: Darstellung des WAI-P im ersten Therapiejahr: Deskriptive Werte.....	129
Tab. 22: Hierarchisierung der Wirkfaktoren.....	146
Tab. 23: Multiple Regressionsanalysen: zusammenfassende Darstellung der signifikanten Befunde .....	149
Tab. 24: Kennwerte der High- und Non-Responder: Statistische und Klinische Signifikanz	151
Tab. 25: Subjektive Wirkfaktoren der „High- und Non- Responder“ .....	152
Tab. 26: High-und Non-Responder und ihre subjektiv wahrgenommenen Wirkfaktoren.....	153

## Zusammenfassung

**Theoretischer Hintergrund:** Die Dialektisch-Behaviorale-Therapie wird in den deutschen S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen als evidenzbasiert geführt (Renneberg et al., 2010) und gilt als empirisch am besten abgesicherte Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung (Bohus et al., 2011). Auch von der Society of Clinical Psychology wird sie mit dem höchsten Status „strong research support“ versehen (American Psychological Association, 2012). Bislang fehlen jedoch Befunde, die auch s.g. direkte Erfolgsparameter, wie individuelle Therapieziele und Therapiezufriedenheit, einschließen. Weitestgehend ist auch unklar, welche Wirkfaktoren als bedeutsam für tatsächlich erreichte störungsspezifische, wie auch –übergreifende Veränderungen gelten können. Bei der Beurteilung von Therapieerfolg gilt gerade die Patientensicht als bedeutsamster Prädiktor (Schulte et al., 1991, Meyer und Schulte, 2002; Orlinsky et al., 2004, Asay and Lambert, 1999, Wampold, 2001, Bohart et al., 2010), wird jedoch in bisherigen Studien weitgehend vernachlässigt (Hodgetts & Wright, 2007).

**Fragestellung:** Welche Wirkfaktoren sind im Rahmen dialektisch-behavioral orientierter Therapie in realen Versorgungsstrukturen bedeutsam für die Patienten und welche störungsspezifischen und –übergreifenden Erfolge werden auf unterschiedlichen Ebenen erzielt?

**Methode:** In einer naturalistischen Studie absolvierten 47 Patienten mit der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung eine DBT-orientierte Behandlung und wurden dabei über ein Jahr diagnostisch begleitet. Das Therapieergebnis wurde sowohl indirekt ermittelt mit störungsspezifischen Fragebogendaten (BDI, BSL, FGG, LPC, BSI) als auch mit direkten Veränderungsmaßen, wie individuelle Patientenziele und deren Erreichung, allgemeiner Therapiezufriedenheit und offen erfragte subjektive Veränderungen aus Patientensicht. Prozessvariablen wurden qualitativ mittels halbstrukturierter Interviews nach einem Jahr Therapie untersucht, wobei 28 Interviews in die Analyse einfließen. Speziell die Therapiebeziehung wurde zusätzlich quantitativ mit Hilfe des Working-Alliance-Inventory-Patientenversion erfasst, welcher nach jeder Therapiesitzung erhoben wurde. Die Auswertung erfolgte mittels üblicher statistischer Prozeduren und qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2003, 2006, 2007) programmunterstützt mit SPSS-20 und MAXQDA-10. Eine Verknüpfung der Befunde erfolgte im Rahmen Mixed-Methodology-Design.

**Ergebnisse:** Es lassen sich fünf Hauptkategorien störungsbezogener Therapieziele vor Beginn der Behandlung identifizieren, die von hoher subjektiver Bedeutung für die Patienten sind: *Gefühlsregulation, Selbstentwicklung, Interpersonale Ziele, Suizidalität/ Selbstverletzung* und *Symptombewältigung*. Die meisten Patienten zeigten im Behandlungsverlauf Fortschritte bezüglich ihrer vorher definierten Ziele auf einer jeweils zugeordneten visuellen Analogskala. Die retrospektiv erhobenen Veränderungen zum Zeitpunkt 1 Jahr nach Therapiebeginn lassen sich erschöpfend der Patientenzielkategorisierung zuordnen und erlauben eine differenzierte Darstellung von erlebten Erfolgen und Misserfolgen.

Es zeigt sich eine mittelhohe allgemeine Therapiezufriedenheit mit einem durchschnittlichen Gesamtwert von 7.1 (Skala 0-10).

Die meisten indirekten Erfolgsmaße (außer der BSL Gesamtwert) weisen auf signifikante, positive Effekte hin (Effektstärken von .39 für den BDI bis .48 für den BSI). Auch der BSL-Gesamtwert zeigt positive Veränderungen, nicht jedoch im signifikanten Bereich.

Mit Blick auf die Therapieprozessanalysen konnten aus den ausgewerteten 28 Interviews 1053 Codierungen abgeleitet werden. In einem inhaltsanalytischen Prozess (Mayring, 2003) wurde dabei induktiv ein Kategoriensystem erstellt.

Es werden Wirkfaktoren benannt, die sich in sechs Hauptkategorien zuordnen lassen: 1. *Therapeutische „Hard Skills“*, v.a. Stresstoleranz- und Achtsamkeitsskills als vermittelte *Was-Fertigkeiten* und gemeinsame Problem- und Lösungsanalysen als strukturierende *Wie-Fertigkeiten* der Therapeuten, 2. *Therapeutische Soft Skills*, wie Empathie, Authentizität und Selbstoffenbarung, 3. *Klientenfaktoren*, v.a. der Wille, etwas zu verändern, 4. *Umfeldfaktoren*, wie soziale Unterstützung und als vermittelnde Wirkmechanismen werden 5. *Methodische Balancefaktoren* und 6. *Beziehungsfaktoren* wahrgenommen.

Alle Wirkfaktoren werden als bedeutsam erlebt mit unterschiedlicher Gewichtung, wobei Beziehungsfaktoren und Therapeutenvariablen mit 42% durch die Patienten als besonders wichtig bewertet werden, gefolgt von 34 % Faktoren, die im Klienten liegen, 18 % Therapietechniken und 6% Umfeldfaktoren.

Hinsichtlich quantitativer Analyse der Therapieallianz liegt der Durchschnittswert des WAI mit 5.1 im oberen Bereich. Im Therapieverlauf zeigt sich dabei im Vergleich der verschiedenen Erhebungszeiträume ein Anstieg der Beziehungsqualität. Regressionsanalytisch stehen die beiden Therapieallianzfaktoren Bindung und Übereinstimmung/Zuversicht, wie sie von den Patienten zu Beginn eingeschätzt werden, mit der Patientenzielerreichung am Ende der Therapie im Zusammenhang, auch gehen hohe

Werte der Unterskala Zuversicht zum Therapieende mit einer Reduktion der Schwere der Borderline-Symptomatik am Ende einher.

**Schlussfolgerung:** Die Therapieerfolge hinsichtlich störungsbezogener Symptome wie die Reduktion von Suizidalität, der Selbstverletzungsrate oder des Schweregrads der Gesamtbelastung, die Verringerung von borderlinetypischen Gedanken und Gefühlen, von Depressivität und der allgemeinen Symptombelastung konnten im Rahmen ambulanter, DBT-orientierter Behandlung im ersten Therapiejahr weitgehend bestätigt werden. Zu erfassen, inwiefern Patientenziele erreicht wurden und sich die allgemeine Therapiezufriedenheit entwickelt hat, bietet als direkte Erhebungsmethode einen zusätzlichen Erkenntniszuwachs im Rahmen der Wirksamkeitsnachweise. So konnten individuell definierte Patientenziele in hohem Maße erreicht werden: Hier zeigten sich Erfolge aus Patientensicht innerhalb der ermittelten borderline-typischen Zielkategorien *Selbstverletzendes und suizidales Verhalten, Verbesserung zwischenmenschlicher Beziehungen, Selbstwertbezogene Ziele und Gefühlsregulation*.

Es lassen sich rückblickend auf den Therapieprozess eine Reihe subjektiv hilfreicher und weniger hilfreicher Therapieelemente aus Patientensicht bestimmen. Sechs Hauptwirkkomponenten stehen dabei in Beziehung zueinander, wobei spezifische Therapeutenfaktoren, wie eine authentische und emotional engagierte Haltung, vor dem Hintergrund einer aus Patientenperspektive positiv wahrgenommenen Therapieallianz, von besonderer, subjektiver Bedeutung sind. Die Verknüpfung der Wirkfaktoren und Wirksamkeitsbefunde legt nahe, dass eine von den Patienten positiv erlebte Therapiebeziehung als notwendige Grundbedingung erlebt wird, es sind jedoch noch eine Vielzahl weiterer störungsbezogener therapeutischer *Hard Skills* notwendig, um relevante Therapieerfolge zu verzeichnen. Die Beziehung zum Therapeuten wird vor allem durch die subjektive Wahrnehmung und die Bewertung der *Soft Skills* (empathisches Verständnis, Selbstöffnung, Engagement) des Therapeuten und deren Wirkung auf die Patienten definiert, weniger durch die üblicherweise erfragte Beziehungseinschätzung (bspw. inwiefern Patienten glauben, der Therapeut möge sie). Die Unterskala *Übereinstimmung* des WAI steht im Zusammenhang mit der allgemeinen Therapiezufriedenheit, der Patientenzielerreichung, dem Gesamtfinden und der Borderlinegesamtbelastung, für alle anderen störungsbezogenen Maße zeigt sich der WAI nicht prädiktiv. Patienten zeigen bspw. auch eine Reduktion der Selbstverletzungsrate bei geringer Qualität der Therapieallianz.

## Abstract

**Objective:** To investigate the patient's perspective about the key mechanisms of change, especially the quality of the therapeutic alliance and to analyse different criteria of outcomes in the first year of out-patient treatment.

**Method:** Participants were 47 adult outpatients diagnosed with BPD, who enrolled in a naturalistic trial of DBT. Severity of symptoms were assessed at intake and one year after beginning of treatment: *Direct methods of measurement* were individual goals, satisfaction with the therapy from patients perspective, *indirect methods* were BDI, BSI, BSL, FGG.

Alliance was assessed with the WAI (working alliance inventory) for patient's perspective for every session and in addition with a qualitative interview after one year for 28 persons of the sample. Furthermore the interview includes all more or less helpful aspects of the process of psychotherapy. The research integrates quantitative and qualitative methods.

**Results:** Results indicate an association between alliance and some BPD symptoms, e.g. severity of symptoms and achievement of individual goals but not self-injurious acts or suicide attempt. The qualitative analysis supports differentiation between helpful and unhelpful aspects of the key mechanisms of change from patients perspective.

**Conclusions:** Results emphasize the importance of a strong therapeutic alliance in the treatment of patients with BPD from patients perspective, but not consistently for the assessed outcomes, especially borderline-specific symptoms. It needs more than a strong therapeutic alliance to notice a reliable change. Implications for treatment, definition of therapeutic alliance in BPD-patients perspective as well as further research will be discussed.

.....

Anmerkung: Hinweis zum **Sprachgebrauch**: Es wird, für eine bessere Lesbarkeit, der männlichen Form der Vorzug gegeben, wenngleich meist weibliche Patientinnen gemeint sind. Ausnahmen sind entsprechende Textstellen, für die die weibliche Form bedeutsam ist.

Es werden über den Text hinweg **Originalzitate** der untersuchten Patienten eingefügt, die Chiffrierung innerhalb des Projektes wurde in dieser Arbeit noch weiter anonymisiert, somit stehen in Klammern lediglich Personennummerierungen und die jeweilige Textstelle, die in digitalisierter Form vorliegt und nachvollzogen werden kann.

Bei namentlichen Erwähnungen von **Therapeuten** in den Interviews wurden fiktive Großbuchstaben eingefügt, die nicht dem Anfangsbuchstaben eines Therapeuten entsprachen, auch das Geschlecht der Therapeuten wurde stellenweise verändert, um keine Rückführung zu ermöglichen.

## 1. Einleitung

Die Dialektisch Behaviorale Therapie zur Behandlung der BPS gilt als empirisch zahlreich validiert, sowohl in unkontrollierten, wie auch kontrolliert- randomisierten und naturalistischen Studien. Sie gilt als „wahrscheinlich wirksam“ den Kriterien der American Psychological Association folgend (Crits-Christoph, 1998), es liegt hiernach „strong research support“ vor (APA, 2012). Metaanalysen der inzwischen zahlreichen randomisiert-kontrollierten Studien verweisen auf einen moderaten globalen Effekt (Kliem, Kröger & Kossfelder, 2010, Öst, 2008). Die DBT gilt dabei als am meisten evaluiertes Behandlungskonzept (Kliem et al., 2010) für die Borderline Persönlichkeitsstörung und stellt im streng wissenschaftlichen Sinne das am besten evaluierte Konzept dar (Bohus, 2011), im Vergleich mit anderen Therapien der s.g. „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie. Dennoch sind die verwendeten Erfolgsmaße nur teilweise vergleichbar (ebd.) und beschränken sich weitgehend auf symptombezogene Verhaltensweisen, erfasst durch indirekte Erfolgsmaße. Direkte Erhebungsmaße, wie Therapiezufriedenheit und Therapiezielerreichung werden bislang kaum berücksichtigt. Ebenso wenig findet die Patientenperspektive Beachtung (Hodgetts et al., 2007), gilt sie doch als maßgebliche prädiktive Determinante des Therapieerfolges (Bohart, et al., 2010, Schulte et al., 1991, Meyer und Schulte, 2002; Orlinsky et al., 2004, Asay and Lambert, 1999, Wampold, 2001). Darüber hinaus bleibt die Frage nach den eigentlich veränderungsrelevanten Elementen der DBT, den möglichen Wirkfaktoren im therapeutischen Prozess, weitestgehend unbeantwortet. So heißt es weiterhin „it is difficult to ascertain whether the improvement reported for patients receiving dialectical behavior therapy derived from specific ingredients of dialectical behavior therapy.“ (American Psychiatric Association, 2001, zit. in Linehan, 2006a).

Dieses Promotionsprojekt beschäftigt sich mit der Frage nach der Wirksamkeit, störungsspezifisch und –übergeifend, der Wirkungsweise dialektisch-behavioral orientierter Therapie aus Perspektive der Betroffenen, den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, in der gegebenen ambulanten, realen Versorgungssituation in Berlin.



Diese Arbeit ist dabei Teil des Forschungsprojektes „Berliner-Borderline-Versorgungsstudie“<sup>1</sup>. Über das Borderline-Netzwerk<sup>2</sup> wurden DBT- Einzel- und Fertigkeitengruppen angeboten, die im Rahmen dieses Forschungsprojektes untersucht wurden.

Das vorliegende Promotionsprojekt beinhaltet dabei folgende drei Fragestellungskomplexe:

**Abb. 1:** Hauptfragestellungen

Fragenkomplex A THERAPIEERGEBNIS	Fragenkomplex B PROZESSVARIABLEN	Fragenkomplex C ZUSAMMENHANGSANALYSEN
Welche Therapieergebnisse erzielen Patienten mit BPS nach einem Jahr ambulanter Therapie unter naturalistischen Bedingungen?	Welche Wirkfaktoren im Therapieprozess lassen sich innerhalb DBT-orientiertem Vorgehen im ersten Therapiejahr ermitteln?	Welche Zusammenhänge zwischen subjektiv wahrgenommenen Wirkfaktoren und Therapieerfolgskriterien lassen sich feststellen?
➤ siehe Kapitel 4	siehe Kapitel 5	siehe Kapitel 6

Dieses Forschungsprojekt bewegt sich bei der Beantwortung dieser Fragen in mehreren Spannungsfeldern, wobei nachfolgend einige prominente benannt werden: (1) Der Untersuchungsgegenstand beinhaltet ein integratives Konzept, indem sich Methoden aus unterschiedlichen Therapieschulen, aber auch spirituellen Zugängen, finden. (2) Bisherige Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung gilt es deshalb aufzugreifen, sowohl schulenspezifisch wie auch – übergreifend. (3) Die Borderline Störung stellt ein komplexes und hinsichtlich diagnostischer Einordnung kontrovers diskutiertes Phänomen dar, eine kompromisshafte Einordnung erfolgt. (4) Die Frage nach Therapieerfolgskriterien bzw. nach

.....

<sup>1</sup> Eine 2007 initiierte Studie unter Leitung von PD Dr. Stiglmayr (Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psychotherapie Berlin), Prof. Dr. Fydrich (Humboldt Universität zu Berlin), Prof. Dr. Renneberg (Freie Universität) und Dr. Röpke (Charité, Klinik für Psychiatrie) zur Untersuchung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Patienten mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung in Berlin.

<sup>2</sup> Ein Zusammenschluss aus Kliniken, ambulanten Therapeuten, Aus- und Fortbildungsinstituten und sozialtherapeutischen Einrichtungen in Berlin.

der Wirksamkeitsfeststellung eines therapeutischen Verfahrens unterliegt anhaltenden methodischen und methodologischen Kontroversen. So gibt es keine einheitlichen Erfolgsparameter, es überwiegen indirekte Erhebungsinstrumente, Wirksamkeitsbefunde werden überwiegend durch quantitative Zugänge erbracht und die Patientenperspektive vernachlässigt.

So schlägt die in vorliegender Untersuchung genutzte methodologische Herangehensweise bei der Datenerhebung und Auswertung einen Spannungsbogen zwischen quantitativen und qualitativen Ansätzen. Auf idiosynkratischer, wie auch nomothetischer Ebene, sollen im Rahmen dieser Studie, sowohl die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie geforderten Anforderungen für Wirksamkeitsstudien erfüllt werden als auch praxisnähere Untersuchungsformen integriert werden, wie vielfach diskutiert (bspw. Fydrich & Schneider, 2007, Grawe, 2005a, Bohart & Tallman, 1996), es wird eine Verknüpfung von Theorie und Praxis fokussiert und eine Erhöhung von interner und externer Evidenz wie vielfach gefordert wird (Lambert et al., 2004, Roth, et al., 2006). Diese Arbeit konzentriert sich dabei auf die Patientenperspektive, eine an zunehmender Bedeutung gewinnende Annäherung an den Untersuchungsgegenstand. Eine weitere dialektische Wippe zeigt sich im naturalistischen Design dieser Arbeit, ein Brückenschlag zwischen Forschung und Praxis. Im Rahmen naturalistischer Studien ist bei methodisch angemessener interner somit auch eine höhere externe Validität möglich (Fydrich & Schneider, 2007).

Es wird eine Herangehensweise gewählt, die o.g. kontrovers diskutierte Standpunkte aufgreift, im dialektischen Sinne<sup>3</sup> integriert und entspricht dabei zunehmend eingenommener wissenschaftlicher Herangehensweise.

.....

<sup>3</sup> Eine Verbreitung dialektischer Denkweise ist in der Wissenschaft allgemein vermehrt zu beobachten (Linehan, 1996a mit Bezug auf Kegan, 1982) und findet speziell auch in der Psychotherapie Anwendung, bspw. bezieht sich Greenberg für die Emotionsfokussierte Therapie darauf, 2011, Linehan innerhalb Dialektisch-Behavioraler Therapie, 1996a, Roediger et al., 2010 innerhalb Schematherapie. Obwohl der Begriff „Dialektik“ keine einheitliche Verwendung hat, ist im Sinne Hegels eine Methode der Erkenntnis gemeint, die zwischen These und Antithese eine Synthese findet, wobei erstere nicht aufgehoben, sondern in „höherer Einheit lebendig erhalten“ werden (Störig, 1996, S.461). Die Lehre von den zwei Wahrheiten reicht jedoch weit zurück in das 2. Jahrhundert zu Nāgārjuna im Kontext des Mahāyāna-Buddhismus. Es ergibt sich hierbei ein stufenweises Aufsteigen zu immer höherer, umfassenderer Wahrheit, auch der höhere Blickpunkt kann dabei nicht als letzte Wahrheit verstanden werden.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Die diagnostische Einordnung der Borderline Persönlichkeitsstörung, die Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapie im Allgemeinen und der Dialektisch-Behavioralen Therapie im Besonderen bewegt sich sowohl in konzeptuellen, wie auch methodologischen Spannungsfeldern, die für vorliegende Untersuchung von Bedeutung sind.

Eine theoretische Bezugnahme erfolgt nachfolgend durch Ausführungen zur klassifikatorischen Einordnung der Borderline Persönlichkeitsstörung mit Verweis auf, für vorliegende Arbeit relevante, epidemiologische Daten in Kapitel 2.1., Kapitel 2.2 beschreibt wesentliche Grundideen und Vorgehensweisen der DBT, die im prozessorientierten Fokus dieser Untersuchung stehen. Nachfolgend wird in Kapitel 2.3 eine Begriffsbestimmung für die Wirkung von Psychotherapie vorgenommen, indem ein kurzer Überblick zum gegenwärtigen Erkenntnisstand gegeben wird, wobei zunächst das Thema der evidenzbasierten Psychotherapie aufgegriffen wird. Anschließend wird die Bestimmung von therapeutischer Wirksamkeit über individuelle Therapieziele und Wirkung aus Sicht von Patienten definiert. Es erfolgt eine Einordnung, für hiesige Arbeit relevanter Befunde, zur Wirksamkeit der DBT im Rahmen s.g. *efficacy* und *effectiveness*. Das abschließende Kapitel 2.4 gibt einen kurzen Überblick zu allgemeinen Wirkfaktoren, insbesondere zur Therapeutischen Beziehung. Spezifische Aspekte in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und bisherige Annahmen zur Wirkungsweise der DBT schließen den Theorieteil ab.

### 2.1 Borderline als „king of the komorbid kingdom“<sup>4</sup>: Diagnostik und Epidemiologie

Bei der Frage welche Therapieform bzw. Methode in welchem Ausmaß zu welchem Zeitpunkt wie wirkt (Strauß et al., 1997), ist in vorliegender Untersuchung auch von Bedeutung, welche Patientengruppe überhaupt untersucht wird, um dem Forschungstrend zu folgen, Aussagen eher auf Mikroebene treffen zu können (Lambert et al., 2004). So unterliegt die Borderline Persönlichkeitsstörung anhaltenden Kontroversen über deren diagnostische Zuordnung, weshalb im Folgenden ausführlicher auf die Diagnostik und ausgewählt auf

.....  
<sup>4</sup> Tyrer, 2010

Epidemiologie und symptomatischen Verlauf dieser viel diskutierten Störung eingegangen wird.

### **2.1.1 Diagnostische Einordnung der BPS im Diskurs verschiedener Therapieschulen**

Die Borderline Persönlichkeitsstörung gilt als die am häufigsten untersuchte Persönlichkeitsstörung der letzten 20 Jahre (Tyrer, 2009, Mulder, 2009, Oldham, 2005) und steht im Fokus intensiver Forschung (Skodol et al., 2002, Doering et al., 2011). Dieses hohe Interesse fällt zeitlich zusammen mit der Veröffentlichung erfolgreich evaluierter integrativer Behandlungskonzepte aus den verhaltenstherapeutischen, wie psychodynamischen Therapieschulen.

Es gibt jedoch anhaltende Diskussionen über die diagnostische Zuordnung der BPS und den daraus resultierenden Konsequenzen für Betroffene, Praxis und Forschung. Kritiken an der diagnostischen Einordnung haben seit dem erstmaligen Vorkommen des Begriffs „Borderline“ nichts an Aktualität verloren und sollen kurz benannt werden, damit vorliegende Untersuchung in diesem Diskurs eingeordnet werden kann.

Die phänomenologische Beschreibung der Borderline Störung reicht bis in das Jahr 1681, in dem PatientInnen von dem Arzt Sydenham beschrieben wurden, die „durch Launenhaftigkeit gekennzeichnet seien [...], plötzlichen Ausbrüchen von Wut, Schmerz, Angst“ (nach Veith, 1965, zit. Eckert et al., 2000). Erstmals wurde jedoch der Begriff „Borderline“ als Diagnose (engl.: „Grenzlinie“) von Stern (1938) geprägt, als Bezeichnung für Patienten im Grenzbereich zwischen Psychose und Neurose („border line group“), die auf die damalige psychoanalytische Herangehensweise nicht ansprachen. Deutsch (1942) verwandte den Begriff für Menschen mit einer benignen Verlaufsform der Schizophrenie. Später postulierte Kernberg (1967, 1978, 1990, zit. Eckert et al., 2000) den Begriff „Borderline Personality Organization“ als Synthese aus Mahlers Objektbeziehungsansatz und Freuds Strukturmodell (ebd.) und beschreibt intrapsychische Merkmale, die im Wesentlichen ein Fehlen eines sicheren Gefühls für sich selbst und Objekte im Außen umfassen (Bohus, 2002). Die drei Charakteristika beschreiben dabei 1. Identitätsdiffusion, 2. Primitive Abwehrmechanismen, wie Spaltung und 3. ein intaktes, wenngleich vulnerables Realitätstesten (Skodol et al., 2002). Kernberg beschrieb damit erstmals ein Modell unter phänomenologischen, strukturellen und psychodynamischen Gesichtspunkten. In einer Befragung von 800 Therapeuten werden die Kriterien Beziehungs- und Stimmungsinstabilität und Identitätsstörung als zentral herausgestellt (Burgmer et al., 2000). Spitzer et al. (1979) separierten die Störung in die schizotype und emotional-instabile Persönlichkeitsstörung. Bereits 1979 zweifelte Liebowitz jedoch

daran, dass es sich bei der Borderline-Störung um eine distinkte Entität handele. So betont Tyrer (2009, 2011) weiterhin die unklaren Grenzen und Heterogenität dieser Störung, die eher symptom- weniger eigenschafts- und syndromorientiert aufgefasst würde. Er schlägt den Begriff „fluxithymia“ und die Einordnung unter den Affektiven Störungen vor, da es sich eher um einen „polyglot disturbed emotional state covering many moods“ handelte (Tyrer, 2010, Kongress). Andererseits wird diese Position von anderen Forschern negiert, es handele sich sehr wohl um ein komplexes und multidimensionales Syndrom. (Paris, et al, 2009) So wird die Bedeutung von Impulsivität, Ärger, Leeregefühle und zwischenmenschliche Hypersensitivität betont, die das Trait-Konzept stützten.

Bis 1980, der Aufnahme dieser Diagnose in das DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), wurde die „Borderline-Störung“ als Verlegenheitsdiagnose für Patienten benutzt, für die keine der bisherigen Diagnosen zuzutreffen schien (Eckert et al., 2000). Die Klassifikation erfolgte mit acht definierten Kriterien. Später wurde im DSM IV 1994 ein neuntes Kriterium eingebracht, was paranoide Vorstellungen oder/ und dissoziative Phänomene umschreibt und ebenfalls als reliabel und trennscharf hinsichtlich anderer Störungsbilder (Bohus, 2002) gilt. Dem DSM-IV folgend müssen 5 von den 9 definierten, polythetischen Kriterien der BPS über fünf bis zehn Jahre vorliegen, um diese Diagnose zu stellen. Bei 5 von 9 möglichen Kombinationen sind damit 151 unterschiedliche symptomorientierte Zustandsbilder möglich (Skodol et al., 2002). Zieht man darüber hinaus noch eine tiefenpsychologisch-orientierte Diagnostik hinzu, entsteht ein sehr breites Bild davon, was unter Borderline-Störung verstanden wird. Die Kriterienzuweisung scheint dabei “unsatisfactory because they promote a heterogeneous mix with no clear boundaries” (Tyrer, 2011).

Im ICD-10 wurde durch die World Health Organisation die „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ eingeführt und in die beiden Subtypen „Borderline-Typus“ und „impulsiver Typus“ untergliedert, diese Version liegt seit 1992 vor. Während die ICD-10-Diagnosen in Deutschland im Bereich der Praxis Verwendung finden, werden im Forschungskontext international überwiegend die DSM-IV-Kriterien heran gezogen. Inwiefern diese psychische Störung dabei besser kategorial oder dimensional eingeordnet wird stellt eine weitere anhaltende Kontroverse dar (s.hierzu Skodol et al., 2002). Wobei es auch hier kein entweder- oder geben wird, vielmehr zeichnen sich im bisher üblicherweise heran gezogenen kategorialen Denken deutliche Defizite ab, weshalb in zukünftigen Manualen (wie dem DSM V) eher dimensionale Modelle von Persönlichkeitsstörungen integriert werden sollen (Widiger, 2005, 2008).

Ein wichtiger, bisher wenig berücksichtigter Umstand sind die, ressourcenorientiert, positiven Persönlichkeitseigenschaften, die bei Menschen mit Diagnose BPS vorzufinden sind. So stellten bereits 1992 in deutscher Erstausgabe Oldham & Morris Persönlichkeitsstile vor, die sie auf Basis des DSM-III-R ermittelten und als „nicht-pathologische Versionen der [...] gestörten Konstellationen“ beschrieben. Dimensional betrachtet stellt die BPS die Extremvariante des „Sprunghaften Stils“ dar, der –sich zwischen „Feuer und Eis“ bewegend– in der Lage ist, leidenschaftliche und intensive Beziehungen einzugehen. Diese Menschen sind spontan, lebhaft, kreativ und neugierig, gewillt sich auf verschiedene Erfahrungen einzulassen, mit Rollen zu experimentieren. Neurobiologisch ließ sich tatsächlich eine deutliche Überlegenheit der Patienten mit BPS feststellen, emotionale Gesichtsausdrücke bei anderen zu dechiffrieren (Fertuck et al., 2005, Lynch et al., 2006, zit. In Bohus, 2011), was für eine hohe emotionale Sensitivität spricht, solange sie nicht unter hoher Anspannung stehen (Domes et al., 2009 zit. In Bohus, 2011). Es liegen auch Befunde vor, die eine schlechtere Emotionserkennung für Gefühlsqualitäten, wie Furcht, Ekel, Ärger, bestätigen (Levine, Marziali u. Hood, 1997), für ängstliche Gesichtsausdrücke besteht jedoch erhöhte Sensibilität (Wagner und Linehan, 1999). Zudem konnte eine Störung sowohl kognitiver, wie auch emotionaler Empathie und entsprechende assoziierte Veränderungen der neuronalen Aktivität bei BPS durch Preißler (2012) festgestellt werden.

Letztlich wird pragmatisch argumentiert, dass die BPS diagnostisch belassen werden soll „where it is until we have better evidence to decide on its classification.“ (Mulder, 2009). Tyrer schlussfolgert „...it is loyalty, and the fear of abandoning a loved friend, rather than science that is holding BPD within the family of other personality disorders. It should be shaken free“ (Tyrer, 2009, BPS: A diagnosis with friends bound..). Aktuell gibt es Bemühungen zur Erstellung neuer Klassifikationssysteme der DSM-5-und ICD-11-Arbeitsgruppen, dabei scheint „most contentious [...] the potential loss of individual categories of disorder, especially borderline personality disorder, from the classification“ (Tyrer, 2011).

### **2.1.2 Kernmerkmale der BPS: Eine Klassifikationslösung**

Vorliegende Untersuchung nutzt zur diagnostischen Einordnung die bis dato im klinischen und Forschungskontext gebräuchlichste Herangehensweise und orientiert sich an den Kriterien des DSM-IV, eher aus Mangel an validen Alternativen, denn Überzeugung. Damit werden in dieser Studie Aussagen getroffen, die sich auf eine Patientengruppe innerhalb Borderline Persönlichkeitsstörung bezieht, die folgender phänomenologischen Gliederung der

DSM-IV-Kriterien, nach psychopathologischen Dimensionen unterteilt (Bohus et al. 2007b, 2006, Lieb et al, 2004), folgt:

**Abb. 2:** Kernmerkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung orientiert am DSM-IV, 5 von 9 Kriterien sind entscheidend für die Diagnosestellung, Darstellung nach Bohus et al, 2006, Lieb et al, 2004

Phänomenologie	DSM-IV-Kriterien
Affektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren</li> <li>- Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst; diese Verstimmungen dauern gewöhnlich einige Stunden, nur selten mehr als einige Tage an)</li> <li>- Anhaltende Gefühle von Leere</li> </ul>
Impulsivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen</li> <li>- Streitsüchtiges Verhalten bei Kritik oder Tadel</li> <li>- Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder selbstverletzendes Verhalten</li> </ul>
Kognition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwer wiegende dissoziative Symptome</li> <li>- Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung</li> </ul>
Interpersonelle Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist</li> <li>- Verzweifelte Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden</li> </ul>

Patienten, die Symptome in allen vier Bereichen aufweisen, können erfolgreich von Patienten anderer Persönlichkeitsstörungen unterschieden werden (Lieb et al, 2004, Bohus et al. 2007b). Bohus et.al. (2007b) empfehlen dabei zur klinischen Diagnostik einen Entscheidungsalgorithmus, der sich zunächst an den einschließenden, intensiven und aversiven Anspannungszuständen und Selbstverletzungen orientiert, um anschließend gängige strukturierte klinische Interviews und störungsspezifische Fragebögen zur Bestimmung des Schweregrades anzuwenden.

So komplex die einzelnen Symptome auch sind, besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass eine generalisierte Störung der Affektregulation, eine emotionale Instabilität und Irritabilität, zentrales Kernmerkmal der BPS ist. Leitsymptom ist dabei eine intensive aversive Anspannung und bspw. Selbstverletzungen zur kurzfristigen Entlastung (Bohus et al., 2007b, Lieb et al., 2004). Diese rasch einschließenden, unangenehmen Anspannungszustände (Stiglmayr et al., 2001, 2005, 2008, 2011, Wolff et al., 2007) unterscheiden relativ trennscharf von anderen psychiatrischen Störungen und gelten als Indikator für affektive Instabilität und Irritabilität (Bohus, 2007b, Stiglmayr et al., 2008, 2011). Stiglmayr et al. (2008, 2001) beschreiben, dass die emotionale Anspannung bei Borderline-Patienten häufiger, rascher

ansteigend und länger anhaltend ist als bei Patienten mit anderen psychischen Störungen oder Gesunden.

Zur Regulation dieser aversiven Anspannung treten bei bis zu 73-90% der BPS-Patienten selbstverletzendes Verhalten auf (Coons & Milstein, 1990; Fleischer & Herpertz, 2009; Zanarini et al., 2008) was meist repetitiv vorkommt (Herpertz, 1995), über 30 % fügten sich bereits im Grundschulalter Verletzungen zu (Bohus, 2011). 80% der SVV werden von BPS-Patienten im analgetischen Zustand durchgeführt (Bohus, 2002; Ludäscher et al., 2009).

60-70% der Patienten mit einer BPS unternehmen Suizidversuche, wobei Suizidversuche wesentlich häufiger sind als Suizide (Gunderson, 2001). In der klinischen Population vollziehen 8-10% der Patienten mit BPS den Suizid (Oldham, 2006). Am häufigsten treten „Suizidthreats“ und Suizidversuche bei Patienten mit BPS im Alter zwischen 20 und 30 Jahren auf. Verschiedene Studien zeigten den Höhepunkt für vollzogene Suizide im Alter von 30-37 Jahren für BPS-Patienten (Paris, 2002). Nach Welch & Linehan (2002) führten Borderline-Patienten selbstverletzendes Verhalten bzw. Suizidversuche vor allem nach interpersonellen Problemen aus.

### **2.1.3 Epidemiologische Daten: Prävalenz, Komorbidität und Verlauf der BPS**

#### **2.1.3.1 Prävalenz**

Die Zahlen zur Punktprävalenz schwanken zwischen 0-7% in Norwegen bis zu 1-8% in den USA (Torgersen et.al., 2001, Swartz et.al., 1990). Für Deutschland ermittelten Maier et al. (1992) auf DSM-III-R-Basis eine Punktprävalenz von 1,2%. Eine neuere Studie spricht von etwa 3 % (Trull et al., 2010, zit. von Bohus, 2011). Überwiegend scheinen Frauen betroffen zu sein (über 70%, Bohus, 2007b), jedoch wird angenommen, dass das Geschlechterverhältnis in etwa ausgeglichen ist (Bohus, 2011, Torgersen et al., 2001, Grant, et al., 2008, Wittchen, et al., 2011). Zum einen nehmen Frauen mehr therapeutische Unterstützung an (Bohus, 2009b, Bohus & Kröger, 2011; Renneberg et al., 2009) zum anderen werden Männer mit der Diagnose BPS eher im forensischen Bereich beobachtet, da diese eher zu fremdaggressiven Verhaltensweisen neigen statt Selbstverletzung (Bohus, 2007b). Die Studienlage ist insgesamt dazu jedoch „contradictory“ (Oldham, 2005, Zlotnick et al., 2002). Paris & Zweig-Frank (2001) beobachteten in ihrer Studie, dass BPS-Patienten nur wenige Kinder haben und weniger als 50% mit jemandem zusammen lebten, zwischenmenschliche Situationen werden von den BPS Patienten eher gemieden.



Das Störungsbild wird häufig in der beginnenden Adoleszenz beobachtet, mit dominierenden dysfunktionalen Verhaltensweisen, wie bspw. Essstörungen, selbstschädigendem und suizidalem Verhalten (Bohus, 2006). Durchschnittlich suchen BPS-Patienten im Alter zwischen 18 bis 25 Jahren psychotherapeutische Hilfe auf (Zanarini, et al., 2001)

Es wird im weiteren Verlauf ein hohes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten von Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems beobachtet (Zanarini, 2003, Bohus, 2006). So wird die Behandlungsprävalenz auf 11-50% im ambulanten und 13-68% im stationären Bereich geschätzt (Kröger, 2002, 2007). Über die entstehenden Kosten hinweg stellen inadäquate Behandlungen ein hohes Risiko für Chronifizierung dar. Nur einer von 1000 BPS-Patienten in Deutschland erhält eine leitliniengerechte ambulante Psychotherapie (Bohus, 2011).

### **2.1.3.2 Komorbidität**

Im Langzeitverlauf finden sich mehrere Achse I und II- Störungen (Leichsenring, 2011, Lieb et al., 2004, Grant et al., 2008, Skodol et al., 2002) bei Menschen mit einer BPS. Bei 96% der Borderline-Patienten sind dies komorbide depressive Erkrankungen, sehr häufig auch Angststörungen (88.5%), 64% Substanzmissbrauch oder –abhängigkeit und 53% Essstörungen, häufig kommt es auch zu Schlafstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen auf Achse I (Lieb et al., 2004). Besondere Aufmerksamkeit fand die Posttraumatische Belastungsstörung. Die Rolle von Missbrauchserfahrungen, bereits in der Kindheit, wird als prominent bezeichnet (Oldham, 2005, Trull et al., 2001). Achse II- Störungen finden sich gehäuft mit 50% dependenten, 40% ängstlich vermeidenden, 40% paranoiden und 25% antisozialen Persönlichkeitsstörungen (Lieb et al., 2004). In einer Analyse von Kröger (2002) betrug die Anzahl komorbider Störungen im Median vier, komorbide Persönlichkeitsstörungen sechs mit jeweils hoher Variationsbreite.

### **2.1.3.3 Verlauf der BPS**

Im 10-Jahres-Verlauf konnte die Forschungsgruppe um Zanarini (2008) in einer 10-jährigen prospektiven Studie mit 362 psychotherapeutisch behandelten BPS-Patienten zeigen, dass einige Symptome der BPS schneller abnehmen als andere. Eine Remission von insgesamt 88% bei den diagnostizierten (DSM-III-R) Patienten zeigt sich (ebd.). Die prägnantesten Marker für BPS werden als relativ schnell remittierend, akut oder ähnlich den positiven Symptomen der Schizophrenie beschrieben: quasi-psychotisches Denken, SVV,

hilfesuchende Suizidversuche, Behandlungsregression und Gegenübertragungsprobleme. Eher BPS-unspezifische Symptome wie Depressivität, Ärger, Einsamkeit und Leere werden als Temperamenteigenschaften bezeichnet, im Sinne von „innate but not immutable“. Diese Symptome werden als fundamental andauernd beschrieben. Dabei zeigen sich zwei der neun DSM-IV-Kriterien, Impulsivität und Ärger, am stabilsten, während Verlassensängste und physische Destruktivität am wenigsten stabil seien. Zanarini zufolge beeinflussen DBT und MBT eher diese als akut beschriebenen Symptome. Chronischer Ärger und unangemessene Abhängigkeit beeinflussen hingegen das psychosoziale Funktionieren nachhaltiger.

Paris & Zweig-Frank (2001) verweisen in ihrem 27-Jahre-Follow-up, dass Personen mit BPS im Verlauf der Erhebungen am vordringlichsten ihre sozialen Beziehungen veränderten, 25% der Patienten seien nach SKID symptomatisch signifikant geblieben, 20% verstarben. Die meisten Suizide erfolgten vor dem 40. Lebensjahr. Ein vorliegender Substanzmissbrauch und Major Depression erfuhren eine starke Verbesserung. Sie kommen zu der Annahme, dass bestimmte „Recovery-Indikatoren“, wie eine Reduktion der Impulsivität, für eine zunehmende biologische Reifung sprechen.

Bohus (2011) fasst die Datenlage zum Verlauf zusammen und deutet auf einen Beginn der Symptomatik in der frühen Adoleszenz hin, die dysfunktionalen Bewältigungsmechanismen erfahren ihr Maximum in der 3. Lebensdekade und reduzieren sich anschließend langsam (Winograd et al., 2008, zit. von Bohus, 2011). Es können hohe Remissionsraten verzeichnet werden: im 6-Jahres-Verlauf erfüllten bereits 34.5% nicht mehr das Bild einer BPS nach 2 Jahren, 49.4% nicht mehr nach 4 Jahren und 68.6% galten nach 6 Jahren als remittiert. Nur 5.9 % erlitten einen Rückfall. Dabei reduzierten sich die impulsiven Symptome am schnellsten, die affektiven Beschwerden stellten die chronischste Verlaufsform dar. Kognitive und interpersonale Schwierigkeiten zeigten sich intermediär (Zanarini, 2003).

## **2.2 Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung: konzeptuelle**

### **Positionierung der DBT**

Bereits 2001 wird in den Richtlinien der APA zur Behandlung der BPS zusammenfassend dargestellt, dass Psychotherapie die Behandlung der ersten Wahl darstellt, ergänzend können Psychopharmaka, die auf bestimmte Symptome zielen, hilfreich sein (APA, 2001, Oldham, 2005). Dies wird auch durch die nachfolgenden Befunde weiterhin untermauert (DGPPN, 2009, Renneberg, 2010).

Bei der Entwicklung neuer Therapieverfahren, so auch in der Behandlung der BPS, wurden in den letzten 20 Jahren vermehrt, meist erfahrungsgeleitet, die wirksamsten Ingredienzen verschiedener Therapieschulen aufgegriffen und als integrativer Ansatz mit einem neuen Namen versehen (Schauenburg, 2011, Silberschatz, 2011). Inzwischen speisen sich mehr als 100 verschiedene Psychotherapieschulen aus den drei Quellen Psychoanalyse, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie. Die Zahl aller Schulen wird, einschließlich systemischer Ansätze, auf über 400 beziffert (Silberschatz, 2011, Kazdin, 1986, zit. von Lambert et al., 2004). Der Begriff Eklektizismus wird dabei meist vermieden, denn Integration impliziert eine systematischere Nutzung von Konzepten und Techniken unterschiedlicher Schulen (Lambert et al., 2004). Sogar in konzeptuell divergierenden Orientierungen gibt es Bewegungen aufeinander zu, wenn bspw. schemaaktivierende- und verändernde Methoden unter verhaltenstherapeutischen Gesichtspunkten integriert werden, originär tiefenpsychologischen Ansätzen entspringend (Young, et.al., 2005). So kommen, unabhängig vom Typ der Therapie, kognitive, emotionale, behaviorale und Beziehungselemente in beinahe allen beforschten Psychotherapien vor (Lambert et al., 2004). In der Behandlung der Borderline Persönlichkeitsstörung lassen sich ebenfalls genannte Elemente finden. Mehrere Typen von Psychotherapien zeigen sich dabei als effektiv (Oldham, 2005).

Bei der DBT, als ebenfalls integrative Behandlungsform, kann für eine ausführliche konzeptuelle Darstellung inzwischen auf zahlreiche Literatur verwiesen werden (Linehan, 1996a, 2006b, Bohus, 2002, 2009, Sendera, 2007).

In folgendem Abschnitt wird deshalb nur ein kurzer Überblick zur Entwicklung, philosophischen Grundidee, vor allem aber den in dieser Arbeit untersuchten Bestandteilen und Techniken innerhalb DBT-Vorgehen gegeben.

### 2.2.1 Ursprung, Entwicklung und Grundidee

Bei der dialektisch-behavioralen Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um eine Therapieform, die in den 90er- Jahren von Marsha Linehan auf der Basis eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatzes entwickelt wurde. Die Therapie beinhaltet in ihrem manualisierten, integrativen Vorgehen kognitiv-behaviorale **Methoden** um Elemente aus anderen therapeutischen Schulen (humanistische Therapie, Gestaltherapie, paradoxe Strategien, Hypnotherapie), integriert aber auch fernöstliche Achtsamkeitstechniken. Eben dieser, aus dem Zen-Buddhismus entspringende, Ansatz kann als philosophische Haltung der DBT angesehen werden (Bohus, 2002).

Linehan arbeitete mit suizidalen Patientinnen im ambulanten Setting<sup>5</sup>. Zum damaligen Zeitpunkt war noch nicht klar, welcher Störungsgruppe, Depression oder Borderline Persönlichkeitsstörung, ihre Klientinnen zuzuordnen waren (Aussage auf dem Borderline Kongress, 2010). Systematisch arbeitete sie mit ihrem Forschungsteam die hilfreichsten Aspekte in der Behandlung dieser bislang schwer therapeutisch erreichbaren Klientel heraus. Linehan begann mit ihrem Team, ihr eigenes Vorgehen unter wissenschaftlichen Aspekten zu untersuchen. Zentral war dabei, „acceptance of life as it is, not as it is supposed to be; and the need to change, despite that reality and because of it“ (Linehan, 2011). Die erfolgversprechenden Wirksamkeitsnachweise dieser Behandlungsform führten schließlich zu einer raschen, weltweiten Verbreitung dieses Ansatzes, inzwischen gilt die DBT als die am häufigsten (Kliem, Kröger & Kosfelder, 2010) untersuchte Therapieform der BPS mit dem bislang höchsten Evidenzgrad.

Die zentrale **Grundidee** der DBT ist die Dialektik, als Form einer Wahrheitsfindung, gerade für schwierige Situationen, die versucht, widersprüchliche Meinungen miteinander zu verknüpfen und zu integrieren. Diese Sichtweise fasst die Realität als System auf, worin sich die Analyse der Teile auf das Ganze beziehen müssen (Linehan, 2006, S.24).

Die Zusammenführung von These und Antithese führt zur Synthese, welche sich wiederum „in einem kontinuierlichen Wandlungsprozeß befindet“ (ebd., S.25): „Ein Ding kann nicht ohne das andere existieren, es erhält seine Eigenschaften durch die Beziehung zu dem anderen und die Interpretation dieser Eigenschaften bestimmt ihre Weiterentwicklung.“ (Levins und Lewontin, 1985, zit. in Linehan, 2006, S.24).

Dieses Grundprinzip zeigt sich in der Behandlung im Selbstverständnis des Therapeuten (therapeutische Haltung), im therapeutischen Vorgehen (therapeutische Methode), in den Therapiezielen, sowohl konzeptueller, wie auch inhaltlicher Art (flexible, hierarchische Therapiezielfindung), aber auch in den DBT-Bestandteilen, Modulen, Therapeutennetzwerk.

.....

<sup>5</sup> Ein Ausschnitt aus einem Interview mit Linehan, 2011, soll die von ihr untersuchte Patientengruppe journalistisch beschreiben: “I decided to get supersuicidal people, the very worst cases, because I figured these are the most miserable people in the world — they think they’re evil, that they’re bad, bad, bad — and I understood that they weren’t,” she said. “I understood their suffering because I’d been there, in hell, with no idea how to get out.” (aus einem Interview mit Linehan in der New York Times, 2011)

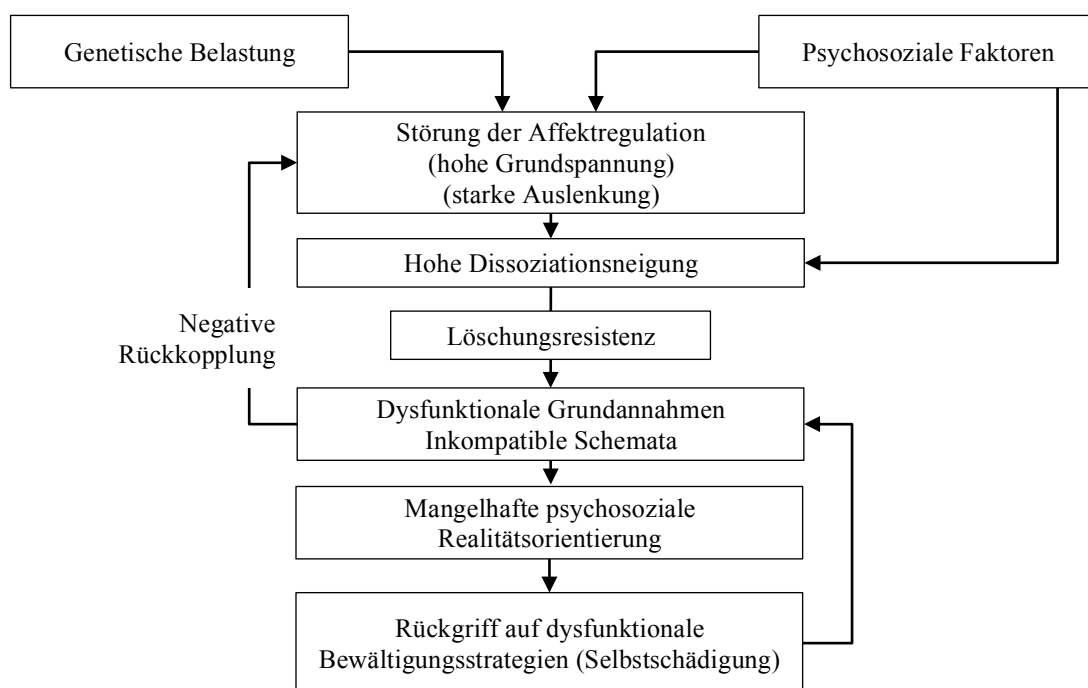
### 2.2.2 Störungstheorie

Ihrem DBT-Ansatz liegt eine eigene dialektische bzw. transaktionale (Linehan, 2006) Störungstheorie zugrunde, einen wechselseitigen Einfluss von Umwelt und Individuum voraussetzend. Diese Biosoziale Theorie der Borderline Persönlichkeitsstörung enthält „als wichtigste Prämisse [...] eine Dysfunktion des emotionsregulierenden Systems“, was „biologische Unregelmäßigkeiten in Kombination mit bestimmten dysfunktionalen Umweltbedingungen sowie deren Interaktion und Transaktion im Lauf der Zeit“ umfasst (Linehan, 2006).

Psychosoziale Belastungsfaktoren sind gehäuft sexuelle (etwa 65%), körperliche Gewalterfahrungen (etwa 60%) und emotionale Vernachlässigung (etwa 40%), meist innerhalb der Herkunftsfamilie, wobei betont wird, dass sexuelle Traumatisierungen keine hinreichende Voraussetzung für die Entstehung einer BPS sind (Bohus, 2007).

Es zeigt sich zudem, mit einer Varianzaufklärung von etwa 69%, eine erhebliche genetische Bedeutung (Torgersen et al., 2000, zit. von Bohus, 2007b).

**Abb. 3:** Neurobehaviorales Entstehungsmodell der Borderline Störung (nach Bohus, Schmahl, 2007b)



Aktuelle Bemühungen fokussieren inzwischen auf die **neurobiologischen Untermauerungen** (Lieb et al, 2004) dieser komplexen Störung. Hall et. al. (2010) erstellten in diesem Zusammenhang einen systematischen Überblick bisher durchgeführter MRI-

Studien und schlussfolgerten in ihrer Meta-Analyse, dass BPS-Patienten eine signifikante Reduktion hinsichtlich hippocampalem Volumen und bilateral reduziertem Amygdala-Volumen aufwiesen, im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen.

Limitiert gibt es Evidenz für eine recht breite neuropsychologische Beeinträchtigung bei BPS-Patienten. So konnten Defizite hinsichtlich Aufmerksamkeit, Verbalem und Visuellem Gedächtnis, räumlich-visuelle Fertigkeiten, Emotionsverarbeitung und Riskanter Entscheidungsfindung festgestellt werden. Diese Befunde konnten jedoch nicht konsistent repliziert werden, die Spezifik der Defizite bleibt weiterhin offen (Rogers et al., 2005).

Um die aversiven Anspannungszustände, die ein Resultat erhöhter emotionaler Reagibilität in Verbindung mit sozialen Belastungen sind, zu reduzieren, neigen etwa 85 % der Patienten zu selbstschädigendem Verhalten. Die kurzfristig erlebte Spannungsreduktion wird als erleichternd erlebt und wirkt als aufrechterhaltende Bedingung des Problemverhaltens negativ verstärkend.

### **2.2.3 DBT-Konzept, Ablauf, Vorgehen**

#### **2.2.3.1 DBT Konzept**

Im **Gesamtkonzept** der DBT, dass auf ein bis zwei Jahre Therapie ausgelegt ist, finden sich vier Module aus Einzeltherapie, Telefonberatung, Fertigkeitengruppe und Supervisionsgruppe für Therapeuten unter ambulanten Bedingungen. Eine starke Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen ist dabei eine Spezifik des DBT-Ansatzes. Neben der Einzeltherapie wurde dabei das Fertigkeitentraining (auch „Skillstraining“ genannt) parallel konzipiert. Linehan entwickelte dazu ein eigenes Manual (Linehan, 1996b). Als kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie gedacht, geht es hierbei in erster Linie um ein psychoedukatives Sozialtraining. Im Gegensatz zu psychodynamisch orientierten gruppentherapeutischen Ansätzen wird hier interpersonellen Prozessen aktiv entgegen gewirkt, nicht zuletzt um ein deutlich entspannteres Gruppenklima zu erzeugen. Gezielt werden gruppentherapeutische Wirkfaktoren, wie Anregungs-, Feedback-, Problemlöse-, Solidarisierungs-, und Stützungsfunktionen genutzt (vgl. Stiglmayr et al., 2002).

Das Skillstraining gliedert sich in vier Module aus Innerer Achtsamkeit, Zwischenmenschlichen Fertigkeiten, Stresstoleranz und Emotionsregulation. Das Modul Selbstwert wurde später durch die Forschungsgruppe um Bohus (2009) integriert und von Jacob ausgearbeitet.

Die DBT stellt keine eigene Therapieschule dar, sondern „eine Art Matrix, in der sich heuristisch die jeweiligen Behandlungstechniken nach unterschiedlichen Anforderungen organisieren.“ Damit ist die DBT der „Prototyp einer prinzipiengeleiteten, modularen Therapie“ (Bohus, 2011).

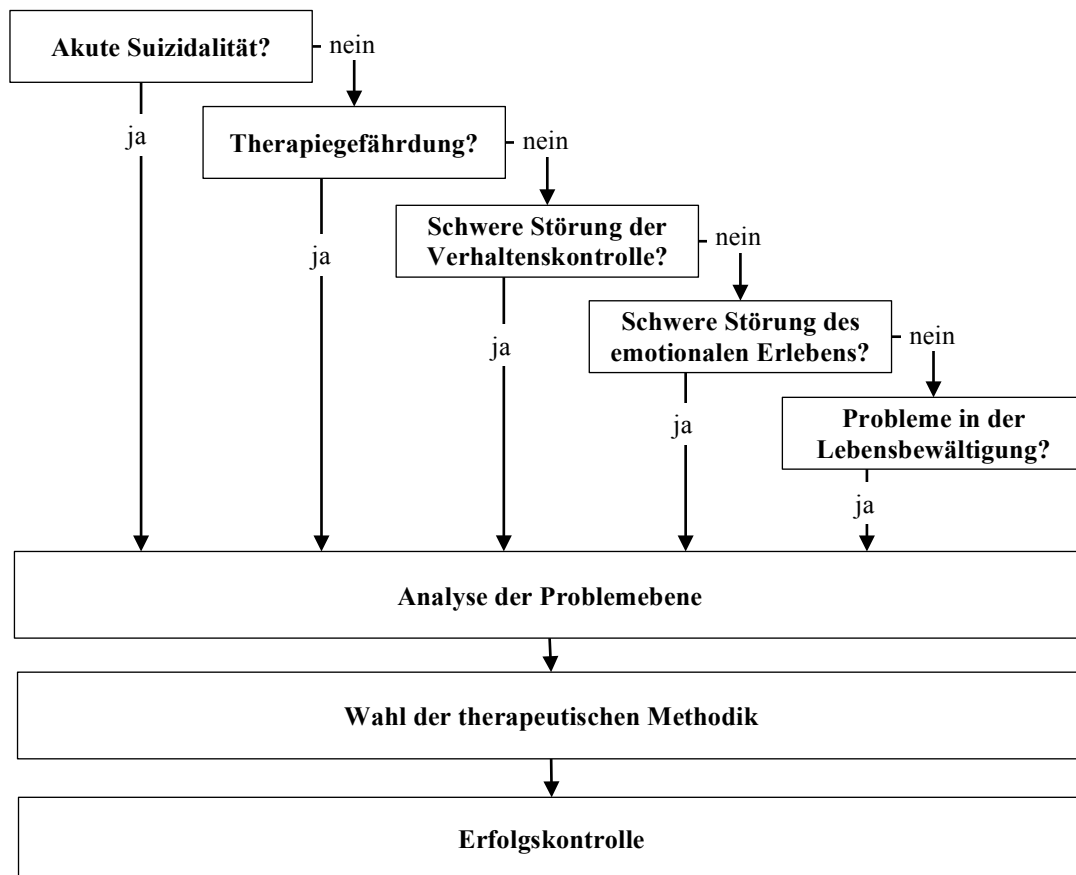
#### **2.2.3.2 DBT Ablauf**

Die Behandlung vollzieht sich in ihrem **Ablauf** in insgesamt vier Phasen. Dabei dient die *Vorbereitungsphase* diagnostischen und psychoedukativen Zwecken, ebenso gilt es, die DBT-Zielhierarchie in Einklang mit den Erwartungen des Patienten zu bringen und motivierend zu arbeiten. In der *ersten Therapiephase* geht es in erster Linie um eine Stabilisierung, v.a. auf Verhaltensebene, und eine Erhöhung der emotionalen Belastbarkeit durch eine Fokussierung schwerer Probleme auf Verhaltensebene (Suizidalität, Selbstverletzungen etc.). In der *zweiten Therapiephase* wird an den Folgen von traumatischen Erfahrungen, den „core emotional themes“, gearbeitet.

Abschließend wird in der *dritten Phase* eine Behandlung individueller Probleme angestrebt, hierbei geht es auch um eine Integration bisher gelernter Verhaltensweisen. (Eine zusammenfassende Darstellung des Therapiekonzeptes findet sich bei Bohus, 2002, BPS, ausführlich in Linehan, 1996b, 2006b)

#### **2.2.3.3 Therapeutisches Vorgehen**

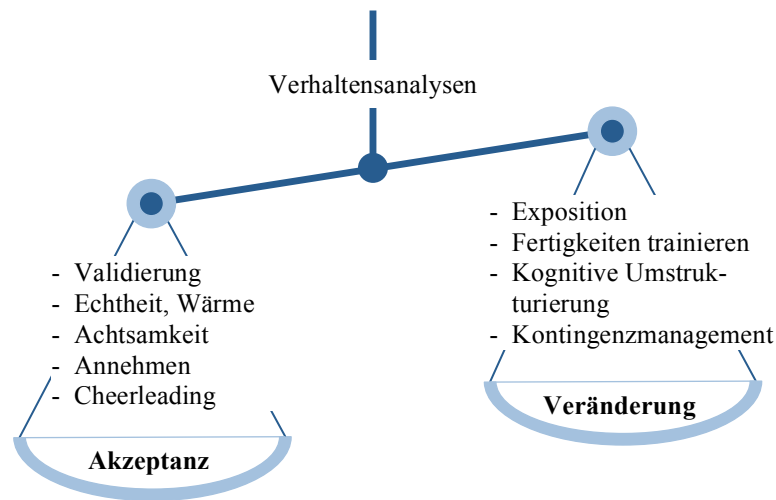
Es liegt ein komplexer Therapieansatz zugrunde, der ein vielfältiges therapeutisches Repertoire beim Therapeuten und Flexibilität in der Anpassung therapeutischer Interventionen an die vom Patienten gezeigten Verhaltensmuster voraussetzt. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Fähigkeit des Therapeuten, rasch zwischen einerseits Wärme, Akzeptanz, Empathie und andererseits konfrontativen Kommentaren zu wechseln (Linehan, 2006b). Das **Selbstverständnis** des Therapeuten zeichnet sich dabei in der Arbeit mit seinen Patienten durch ein Bewegen zwischen den Polen von Akzeptanz (i.d.S. These) und Veränderung (Antithese) aus. Er orientiert sich dabei in seinem Behandlungskonzept am Störungsbild der Borderline-Patienten, zunächst an den selbstgefährdensten Symptomen, wie Suizidalität.

**Abb. 4:** Algorithmus der Behandlungsfoki, (nach Bohus et al., 2007)

In seinem **Vorgehen** strebt der Therapeut eine Balance an zwischen entsprechenden dialektischen Validierungs- und Veränderungsstrategien, um eine Atmosphäre für die Umsetzung individueller, adäquater Bewältigungsstrategien entstehen zu lassen. Der Aufbau dialektischer Denk- und Verhaltensmuster bei den Borderline-Patienten selbst stellt dabei das übergeordnete Ziel dar.

Dabei balancieren Therapeut und Patient „nicht auf einer Wippe, sondern auf einem Bambusstab“, „der auf einem Hochseil liegt, das über dem Grand Canyon aufgespannt ist.“ Ziel ist es, diesen „Stab“ so auszubalancieren, dass der Therapeut zurück geht, wenn der Patient zurück geht, letztlich aber dafür Sorge zu tragen, gemeinsam auf die Mitte zuzustreben (Linehan, 2006b).



**Abb. 5:** Die dialektische Balance zwischen Akzeptanz und Veränderung, nach Höschel et al., 2007

#### 2.2.4 DBT-Techniken

Linehan betont, dass auch Beziehungsfaktoren „well described, operationalized, and essential techniques in empirically supported treatments“ sind, die „cannot and should not be divorced from technical factors when treating personality disorders“ (Linehan, 2006, S.239), der Begriff „Therapietechniken“ wird somit in der DBT weiter gefasst.

Die DBT-Strategien fokussieren insgesamt auf das Kernproblem der BPS, die emotionale Dysregulation, gespeist aus einem fehlregulierten Netzwerk aus Emotionen, Kognitionen, Verhalten und Verhaltensimpulsen. Diese Vorgehensweisen umfassen expositions-basierte Prozeduren, emotionale Validierung, Achtsamkeitsstrategien (Wahrnehmen, Beschreiben und Teilnehmen), um die aufkommenden Emotionen zu verstehen (McMain et al., 2001).

Es bestehen eine Reihe verhaltenstherapeutischer Veränderungsstrategien aus den Bereichen Problemlösung, Fertigkeitentraining, Kontingenzmanagement, Expositionen und kognitiver Umstrukturierung in Balance mit akzeptanzbasierten Prozeduren, wie Validierung, Achtsamkeit und Fokus auf Stresstoleranz (Linehan et al., 2006c, S.246). Vor allem in Krisensituationen wendet der Therapeut ein eher direktes Vorgehen an mit Hilfe zur Selbsthilfe, to „coach clients to intervene on their own behalf in the world“ (Linehan, 2006, S.248).

Zusammenfassend nimmt Linehan Prinzipien an, die die Wahrscheinlichkeit einer therapeutischen Veränderung erhöhen (Linehan, 2006c, S.248-249), die sich in 1. generelle, 2. strukturelle, 3. Motivations- und 4. Veränderungsprinzipien kategorisieren lassen. Dabei

zählen zu generellen Prinzipien (1) eine Balance aus direktiven und nondirektiven Strategien, getragen von einer Haltung zwischen Akzeptanz und Veränderungswille, ein integratives Vorgehen, eine eher längere Therapiezeit, ein Fokus auf Sicherung der Affektkontrolle bevor es zu Techniken der Innenschau kommt, Fokus auf das Jetzt (erst später Vergangenheitsorientierung) und eine vor allem emotionale Unterstützung durch den Therapeuten. Strukturelle Strategien (2) gelten den Therapiezielen, innerhalb der DBT-Behandlungshierarchie im Allgemeinen und während der einzelnen Sitzungen im Speziellen, auch dem Vorgehen und der Zustimmung zu einem Therapiekontrakt, und der Einbettung des Therapeuten in Inter- und Supervision. Prinzipien zur Steigerung der Therapiemotivation und Compliance<sup>6</sup> (3) sind bspw. strategische Selbstoffenbarungen des Therapeuten über eigene Grenzen, auch über empfundene Sackgassen im Therapieprozesses, sowie Authentizität und Verständnis des Therapeuten. Zu Veränderungsmechanismen (4) zählen die Konfrontation mit Reizen zur Auslösung maladaptiver Emotionen und die Verhinderung von Vermeidungsverhalten, bspw. Durch entgegengesetztes Handeln, ebenfalls Kontingenzmanagement, Verhaltenstraining, detaillierte Verhaltensanalysen und Coaching zwischen Akzeptanz und Veränderung.

## 2.3 Wirksamkeit von Psychotherapie: Begriffsbestimmung

Die Frage nach der Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren wurde in der historischen Entwicklung der Psychotherapieforschung<sup>7</sup> mit unterschiedlichem Schwerpunkt gestellt (einen Überblick bieten bspw. Strauß und Wittmann, 1997, Meyer, 1990). In der s.g. „Legitimationsphase“ (etwa 1950-1970) wurde noch grundlegend gefragt, ob Psychotherapie überhaupt effektiv ist. Vor allem durch Eysenck's provokative Aussage, Psychoanalyse sei nicht wirksamer als Spontanremissionen (1952), wurden im Anschluss zahlreiche Studien durchgeführt, die die Wirksamkeit von Psychotherapie belegen konnten. Spätestens seit der Veröffentlichung von Smith, Glass & Miller (1980) gilt es als erwiesen, dass Psychotherapie Placebo-Gruppen überlegen ist. Die Consumer Reports Study (Seligman, 1995) ermittelten in einer umfangreichen, statistischen Analyse insgesamt auch gute Resultate für die

.....

<sup>6</sup> Hier: Zustimmung bzw. Bereitschaft des Patienten, das Behandlungsangebot anzunehmen und umzusetzen.

<sup>7</sup> Da der historische Überblick von verschiedenen Autoren (Shapiro, 1990, Grawe, 1997, 2005, Orlinsky et al., 2004, Lambert et al., 2004) unterschiedlich benannt wird, werden nachfolgend die am häufigsten verwendeten Begriffe für die historischen Etappen aufgegriffen, damit eine zeitliche Einordnung erfolgen kann.

Psychotherapie, jedoch nicht spezifisch für eine bestimmte Therapieform oder Störung (Seligman, 1995, 2012, S.96). Eysenck's Behauptung konnte letztlich widerlegt werden (Bergin, 1971, McNeilly&Howard, 1991, zit. von Fischer, 2007), auch Eysenck selbst revidierte seine Ansicht 1993. In den 60er Jahren begann damit die Entwicklung psychometrischer Methoden, um vergleichbare und quantifizierbare Befunde zu erbringen (Orlinsky et al., 2004, S. 308). Bis heute hat die Entwicklung von psychometrischen Erhebungsinstrumenten und die Erfassung von, v.a. störungsspezifischen, Veränderungsmaßen große Bedeutung und genießt, auch durch die Etablierung des Ansatzes der „empirically validated therapies“ (EVT), eine rechtliche Vormachtstellung im Gesundheitssystem Deutschlands und auch international Anerkennung. In diesem Zusammenhang werden im nachfolgenden Kapitel 2.1.1 die Begriffe „efficacy“, als Bezeichnung für die Wirksamkeit unter Idealbedingungen, „effectiveness“, als Wirksamkeit unter Realbedingungen und „efficiency“, als Begriff für den Wirkungsgrad unter Berücksichtigung der Kosten für Therapie und Erkrankung aufgegriffen.

Die nächste grundlegende Frage stellte sich in der Phase der „Konkurrenz bzw. Rechtfertigungsforschung“ (etwa 1960-1980). Es galt heraus zu finden, welches die bessere Psychotherapie sei (Grawe, 1992). Dem entgegen stand Luborsky's (1975) Aussage "everybody has won and all must have prizes"<sup>8</sup>. Damit sollte beschrieben werden, dass die theoretisch unterscheidbaren Schulen letztlich ähnliche Effekte erzielten. Dies wurde von Shapiro, Elliot u. Stiles als das „Äquivalenzparadoxon“ in der Psychotherapie bezeichnet. (Stiles et al., 1986). Thema der Psychotherapieforschung war damit auch, über verschiedene Ansätze hinaus, vorhandene unspezifische Wirkfaktoren im Therapieprozess zu erforschen. Der Beginn der Psychotherapieprozessforschung wird ab 1980 datiert. Mit der Frage *wie* Psychotherapie wirkt, beschäftigt sich Kapitel 2.4 und stellt die für vorliegende Arbeit relevanten Konzepte zu allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren dar.

.....

<sup>8</sup> Dieser Ausspruch wurde Lewis Carrolls Kinderbuch „Alice im Wunderland“ entlehnt. Das „Dodo-Verdikt“ hat sich „durch unzählige Zitate zu einer Art geflügeltem Wort entwickelt“ (Grawe, 1992). Ursprünglich wurde diese Terminologie von Rosenzweig, 1936 geprägt.

### 2.3.1 Wirksamkeit von Behandlungen unter Real- und Idealbedingungen: „efficacy und effectiveness“

Es herrscht Einigkeit darüber, dass Psychotherapie möglichst wirksam sein sollte (Grawe, 2005a). Unabhängig von der Art der Behandlung, wird von den meisten akzeptiert (ebd.), dass sich der Effekt auf eine Reduzierung der Beschwerden, eine verbesserte Symptomatik, ein höheres Wohlbefinden und im Wiedereinfließen in die Rollen in Beruf, Familie, Partnerschaft und Freizeit zeigen sollte (Fydrich, 2008, Grawe, 2005a), die Erfüllung persönlicher Behandlungsanliegen des Patienten (Grawe, 2005a), aber auch der Nachweis über das Anhalten der Verbesserung sollten nachweisbar sein, ebenso sollten sich Verbesserungen in „harten“ Daten, wie direkten und indirekten Krankheitskosten, Krankheitstagen oder der Verhinderung von Frühberentungen niederschlagen (Fydrich, 2008). Gerade auch der Nachweis des ökonomischen Nutzens (Dührsen, 1962, zit. von Hannöver et al., 2000) leistete einen wesentlichen Beitrag dazu, Psychotherapie in Deutschland in die Leistungskataloge der Krankenkassen aufzunehmen (Hannöver et al., 2000).

Allgemeingültige Standards, die eine Vereinheitlichung der Therapieergebnisse und damit eine Vergleichbarkeit unterschiedlicher therapeutischer Ansätze ermöglichen würde, gibt es dabei nicht (Michalak et al., 2003) und wird es auch nicht geben können, da die verschiedenen Therapieschulen Ergebniskriterien unterschiedlich definieren. Therapieerfolg wird meist unterschiedlich operationalisiert und erhoben (Schulte-Bahrenberg, 1990). Bezogen auf die Diversität möglicher Behandlungsergebnisse richtet sich der Fokus relevanter Befunde meist auf spezifische Symptome, der „Outcome research“ steckt dabei noch in seinen Anfängen (Fernández-Alvarez, Clarkin et al., 2006). Auch für die zahlreichen Befunde zur Behandlung der BPS sind die eingesetzten Erfolgsmaße „sehr unterschiedlich und nur teilweise zu vergleichen“ (Bohus, 2011).

Bei der Bestimmung des Therapieergebnisses interessiert die Frage, ob und in welchem Ausmaß Psychotherapie wirkt (i.S. Legitimation), gegebenenfalls auch, ob eine Therapieform einer anderen überlegen ist (Therapievergleichsforschung). Dies wirft die Frage auf, an welchen Kriterien die Wirksamkeit bemessen werden sollte (Grawe, 2005a). Um realiable, valide und überprüfbare Aussagen machen zu können, braucht es replizierbare Messungen (ebd.) In der Regel werden hierzu gruppenstatistische, seltener auch Einzelfalluntersuchungen herangezogen. Dabei wird unterschieden zwischen der Wirksamkeit einer Behandlung unter kontrollierten Bedingungen im Idealdesign („efficacy“), der Wirksamkeit unter Praxisbedingungen, im naturalistischen Studiendesign („effectiveness“) und der Bestimmung des Wirkungsgrades, der auch Kosten-Nutzenaspekte einbezieht („efficiency“).

Relevant für vorliegende Arbeit sind die Frage nach „efficacy“ und „effectiveness“, worauf nun näher eingegangen werden soll.

Das Ziel der Feststellung von „efficacy“ ist eine Erhöhung der internen Validität durch eine bestmögliche Kontrolle von Störvariablen. Eine Generalisierung der Befunde auf andere Therapeuten, Patienten und Settings wird dadurch möglich. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT) gilt als Methode der Wahl und wird vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) als „Goldstandard“<sup>9</sup> bevorzugt (Zurhorst, 2003). Sie stellt eine herausragende, auch durch gesundheitspolitische Interessen verfolgte, Annäherung zur Beurteilung von Wirksamkeit im Rahmen Evidenzbasierung dar.

Evidenzbasierte Psychotherapie wird in Verbindung mit der Definition evidenzbasierter Medizin diskutiert, weshalb eine bekannte Definition dieses Ansatzes aufgeführt werden soll:

*„Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin) ist demnach der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.“*  
(Sackett, 1996)

Vor allem durch die Definition von Wirksamkeit innerhalb evidenzbasierter, an das medizintheoretische Denken angelehnter Kriterien wird diskutiert, was als Definition für die Effektivität von Therapieverfahren gelten kann.

Es gibt seit den 90er Jahren erhöhtes Interesse daran, spezifische Behandlungen für spezifische Störungen zu entwickeln mit dem Ziel, die Beseitigung der Symptome als zentrales Ziel der Therapie zu erklären (Lambert et al., 2004, S.7).

1995 wurde ein erster Report der Task Force (Division 12 der American Psychological Association) zur Verbreitung therapeutischer Verfahren veröffentlicht (Chambless et al., 1998a,b). Im Zuge der Analysen unter EBM-Perspektive wurden die Wirkungslosigkeit oder gar Schädlichkeit von Behandlungen aufgezeigt (Chambless et al., 2002). Was damit in den frühen 90er Jahren fokussiert wurde, war die Identifikation wirksamer Behandlungen, geworben wurde für evidenzbasierte Praxis in Form von empirisch gestützten Psychotherapien (EST für „empirically supported psychotherapies“). Um bspw. für die APA als „well-established treatment“ gelten zu können müssen hiernach bestimmte, nachfolgend dargestellte, Kriterien erfüllt werden.

.....

<sup>9</sup> Den Begriff „gold standard“ nutzte zuvor bereits Seligman (1995) in der Consumer Reports Study für EVT-Studien

**Abb. 6:** TABLE 1 Workgroup criteria for identification of empirically supported therapies: Division 12 Task Force criteria (Chambless et al 1998b)

---

(A) Well-established treatments:

I. At least two good between-group design experiments must demonstrate efficacy in one or more of the following ways: A. Superiority to pill or psychotherapy placebo, or to other treatment B. Equivalence to already established treatment with adequate sample sizes

OR

II. A large series of single-case design experiments must demonstrate efficacy with A. Use of good experimental design and B. Comparison of intervention to another treatment

III. Experiments must be conducted with treatment manuals or equivalent clear description of treatment

IV. Characteristics of samples must be specified

V. Effects must be demonstrated by at least two different investigators or teams

---

Ausgelöst wurden auch vielfältige Diskussionen, die bis heute andauern. Bohart et.al. (1998) gingen soweit von „empirically violating psychotherapies“ zu sprechen, um auf mögliche nachteilige negative Langzeiteffekte dieser Herangehensweise für Praxis, Training und Forschung aufmerksam zu machen (Lambert et.al., 2004). Für eine ausführliche Darstellung der Kritikpunkte an diesem Ansatz sei auf Autoren verwiesen, wie Seligman, 1995, Lambert et al., 2004, Tschuschke 2005, Zurhorst, 2003). Im Wesentlichen wird kritisiert dass das RCT-Vorgehen auf realistische Bedingungen im Feld kaum übertragbar sei, was die Frage nach „effectiveness“ aufwirft. So ist jedoch EbM nicht auf randomisierte, kontrollierte Studien und Metaanalysen begrenzt. Sie beinhaltet die Suche nach der jeweils besten wissenschaftlichen Evidenz zur Beantwortung der klinischen Fragestellung und stützt sich auf die drei Säulen: individuelle klinische Erfahrung, Werte und Wünsche der Patienten und den aktuellen Stand der klinischen Forschung (Sackett et al., 1996). Zunehmend werden naturalistische Studien genutzt, wie die vorliegende Arbeit, um auch Aussagen über die praxisrelevante externe Validität machen zu können.

Inzwischen bemühen sich mehrere Institutionen darum, die nachfolgend beispielhaft benannt werden sollen, evidenzbasierte Verfahren der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, den Praktikern verlässliche, aktuelle, relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen und Patienten aufzuklären.

Bemühungen der APA zur Veröffentlichung von Listen evidenzbasierter Verfahren wurden bereits kurz dargestellt, international und national seien kurz weitere, unter diesem Ansatz arbeitende Organisationen erwähnt. So arbeitet das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), gegründet 1999, ebenfalls mit unabhängigen Expertengruppen. Eine weitere Organisation stellt die Cochrane Collaboration (CC), 1993 gegründet, dar, eine

gemeinnützige Organisation, die vor allem systematische Übersichtsarbeiten erstellt, aktualisiert und verbreitet und dies nach strengen methodischen Regeln ausübt, um eine Verzerrung der Ergebnisse auszuschließen.

Eine Optimierung des Gesundheitssystems in Deutschland wird ggw. ebenfalls überwiegend durch einen evidenzgestützten Ansatz verfolgt. So sollen s.g. HTA-Berichte (Health Technology Assessment bzw. Medizintechnik-Folgenabschätzung) primär als Entscheidungshilfe für gesundheitspolitische Fragestellungen dienen. Hierzu wurde 1995, im Rahmen einer Förderinitiative des Bundesministeriums für Gesundheit ein HTA-Programm eingerichtet, welches später im SGB V (Sozialgesetzbuch) verankert wurde. Innovationen sollen bspw. in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übernommen werden. Ein weiteres wichtiges Gremium in Deutschland stellt der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), auf Basis des Psychotherapeutengesetzes (§11, PsychThG) von 1998, dar, welcher die wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren prüfen soll. Auch hierbei erfolgt die Ausübung von Psychotherapie mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren.

Die Einteilung der Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren erfolgt bei diesen Bemühungen über die Zuweisung eines Evidenzgrades, die sich an international etablierten Einteilungen anlehnen (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung, 2003, Chambless u. Hollon, 1998).

**Abb. 7:** Evidenzkriterien für empirische Studien (nach S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen, DGPPN, 2008)

Wirksamkeit	Evidenzgrad	Beschreibung
Wirksam	Ia	Wirksamkeit aufgrund von mindestens einer systematischen Übersicht (Meta-Analyse) mehrerer randomisierter, kontrollierter Studien gesichert
	Ib	Wirksamkeit aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie gesichert
Wahrscheinlich wirksam	IIa	Wirksamkeit aufgrund von mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung wahrscheinlich
Möglicherweise wirksam	IIb	Wirksamkeit aufgrund von mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie möglich
	III	Wirksamkeit aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller, deskriptiver Studien (z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien)
Fraglich	IV	Vermutete Wirksamkeit aufgrund von Berichten / Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten

Auch bei der Entwicklung der S2-Leitlinie, unter dem Dach der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und unter Beteiligung weiterer Fachgesellschaften, wie bspw. die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), wurden Behandlungsleitlinien, speziell auch für Persönlichkeitsstörungen, erstellt und 2009 erstmals veröffentlicht.

Die in dieser Arbeit untersuchte Therapieform DBT wird in Kapitel 2.3.4 vor allem im Rahmen dieser evidenzbasierten Bemühungen positioniert.

Hervorzuheben ist die prominente Rolle symptombezogener Fragebögen, die in, möglichst mehreren, kontrolliert-randomisiert evaluierten Studien Effekte abbilden müssen, um das jeweilige Verfahren als wirksam heraus zu stellen. Dabei wird s.g. „indirekten Veränderungsmessungen“<sup>10</sup> der Vorzug gegeben, wobei die Daten aus Fragebögen verschiedener Erhebungszeitpunkte verglichen werden, um das Ausmaß der Veränderungen durch Differenzbildung und Berechnung von Effektstärken, in jüngster Zeit auch Abbildung klinisch reliabler Veränderungsmaße, darzustellen. Eine andere Kategorie von Erfolgsmessung stellen die „direkten Veränderungsmaße“ dar, die den Patienten direkt nach dessen Einschätzung befragen (Michalak et al., 2003), ein Beispiel wäre das Goal Attainment Scaling (GAS, Kiresuk et al., 1994). Aber auch Zufriedenheitseinschätzungen durch die Patienten werden als bedeutsam, gleichzeitig methodisch kontrovers diskutiert (einen Überblick bietet hierzu Hannover et al., 2000). Diese Erhebungsformen finden sich bislang nicht in der Beurteilung des Evidenzgrades, erlangen aber zunehmend an Bedeutung. So investiert aktuell das Bundesministerium für Bildung und Forschung in das Gesundheitsökonomische Zentrum BerlinHECOR, um das Gesundheitssystem Deutschlands kritisch zu prüfen, bspw. hinsichtlich Effizienz, aber auch Patientenzufriedenheit.

.....

<sup>10</sup> Die Unterscheidung von indirekten und direkten Vorgehensweisen wird u.a. von Steyer et al., (1997) dargestellt und geht auf Krauth (1983) zurück.



### 2.3.2 Psychotherapieforschung – eine Frage der Perspektive?

Wie eben ausgeführt wird die Psychopharmaka-Analogie <sup>11</sup> weitgehend bei der Veröffentlichung evidenzgestützter Therapieverfahren akzeptiert und steht im Sinne eines s.g. „Medizinischen Modells“ (Bohart & Tallman, 1996, 1999). Die Autoren formulieren ein alternatives Paradigma, dass therapeutische Effektivität vor allem in der Erfahrungswelt der Patienten zu suchen ist, in Form von Remoralisation, Ressourcenaktivierung, motivierender Therapiebeziehung mit einem Therapeuten, der unterstützend und herausfordernd ist, den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten entsprechend (Orlinsky, 2010) in Form eines „Modells des Klienten als Selbstheiler“ (Bohart & Tallman, 1996, 1999).

Hiernach weisen die Klienten den Äußerungen und Hinweisen des Therapeuten eigene Bedeutungsmuster zu, leiten für sich Implikationen ab, schaffen neue Bedeutungen. Der Klient entscheidet selbst, was er aus den Interventionen macht und ist damit in eigener Verantwortung, als „aktiver Agent“ (Bohart et al., 1996, 1999) der Veränderung.

So zeigen Befunde, dass die Erfolgseinschätzung und –prognose durch die Therapeuten hinsichtlich Therapieerfolg nicht valide ist, weder zum selbst eingeschätzten Erfolg, noch mit der Patientenbeurteilung und auch nicht mit der Symptomveränderung (Schulte et al., 1991, Meyer und Schulte, 2002), hingegen zeigen sich die Patienteneinschätzungen deutlich valider und können das spätere Gesamterfolgsurteil signifikant vorhersagen (ebd.).

Nicht nur innerhalb quantitativer Forschung wird eine überwiegende Vernachlässigung der Patientenperspektive, im Vergleich zur Therapeuten und externen Beobachterperspektive beobachtet, auch im Bereich qualitativer Forschung ist dies zu verzeichnen, was Hodgetts et al. (2007) in ihrem Überblicksartikel zur Klientenperspektive innerhalb qualitativer Forschung untermauern. Auch Bohart und Tallman (2010) betonen den bislang geringen Stellenwert der Klientenperspektive in der Forschung, der Therapeutenperspektive wird hingegen ein deutlich höherer Stellenwert eingeräumt.

Die Techniken der Therapeuten werden hiernach als die primär heilenden Faktoren gesehen. Es sind jedoch die Aktivität des Patienten, seine Person als Ganzheit, die den Prozess und die Lösungen generieren und die Veränderungen initiieren (Bohart et al., 1999, 2010). Therapeutische Interventionen würden gemeinhin überbewertet und überinterpretiert (ebd., .....).

<sup>11</sup> Therapeutische Effektivität impliziert dabei, es gäbe ein Set optimaler Prozeduren in der Störungsbehandlung, Patienten seien „Träger“ diagnostizierbarer Störungen und mehr oder weniger kooperative Rezipienten der von den Therapeuten mehr oder weniger zur Verfügung stehenden optimalen Vorgehensweisen (Orlinsky, 2010, S.xxi).

Miller et al., 2000). Statt also zu fragen, welche Interventionen für die Behandlung welcher Patienten voraussichtlich effektiv sind, wäre die Frage zu klären, wie Klienten die Interventionen des Therapeuten zu ihren Vorstellungen und Bedürfnissen in Beziehung setzen.

Das Therapieende ist erfolgreich, wenn Klienten die Veränderung bemerken und sich selbst zuschreiben, Misserfolge external attribuieren und Erfolge internal (ebd.). Klienten werden „als Experten für ihr eigenes Erleben betrachtet: Sie kommen ihren Emotionen am nächsten und sind Akteure, die die Bedeutungen konstruieren, nach denen sie leben (Greenberg, 2011, S. 14).

Die Patientenperspektive gilt als wichtigste Determinante für das Therapieergebnis (Orlinsky et al., 2004, S.324), seine Veränderungsbereitschaft und Mitarbeit sind entscheidend, sie sind hiernach die „unbesungenen Helden der Psychotherapie“ (Miller et al., 2000, S. 51).

### **2.3.3 Therapieziele als bedeutsames Erfolgsmaß**

Die Erfassung von Therapiezielen stellt einen bedeutsamen Gradmesser (Ambühl & Strauß, 1999) und ein besonders zuverlässiges und valides Maß (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) zur Beurteilung von Therapieerfolg dar. Die Bedeutung von Therapiezielen wird auch bei der Definition von wissenschaftlich anerkannter Psychotherapie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (2008, § 11 PsychThG) herausgestellt. Hiernach gilt es als Bedingung, dass eine „positive Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel“ angestrebt wird.

Bisherige, nicht allgemeingültige, Definitionen von Therapiezielen benennen diese als „erwünschte Soll-Zustände“ (Ambühl und Strauß, 1999, S.8), „gerichtete Veränderungen des Verhaltens und Erlebens, die ein Patient zu Beginn einer Psychotherapie mit dem Therapeuten vereinbart und mit Hilfe der Therapie zu erreichen versucht“ (Grosse Holtforth, 2001, S.242), als „einfache bis hochkomplexe Antizipationen zu zukünftigen Endzuständen“ (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006, S.394) und als „Intention und Realisation von Werten“ (Göllner, 1983, S.95). Therapieziele sind dabei in ihrer zeitlichen und kausalen Reichweite begrenzt (Kottje-Birnbacher, 1999). Sie sind eine Untermenge persönlicher Lebensziele (Klappheck & Michalak, 2009) und vollziehen sich in einem dynamischen Prozess, was bedeutet, dass sie sich verändern können (Kossak, 2007, Caspar, 1999, Berking, Dreesen & Jacobi 2004).

In einer Untersuchung zum Zusammenhang verschiedener Methoden der Therapieerfolgsmessung wurden zwei Typen von Therapieerfolgskriterien ermittelt. So

zählen zu den „indirekten Veränderungsmessungen“ symptom- oder störungsbezogene Fragebögen, die zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten erfasst werden. Mittels Differenzbildung der jeweiligen Werte werden Aussagen zur Wirksamkeit getroffen, bspw. durch Ermittlung von Effektstärken oder RCI-Indizes. „Direkte Veränderungsmessungen“ sind die Erfassung von Therapiezielen, bspw. das Goal Attainment Scaling (GAS, Kiresuk et al., 1994) oder Zufriedenheitsangaben, wobei die Patienten selbst zur Einschätzung des Therapieerfolges befragt werden.

Die, vergleichsweise wenigen Untersuchungen, die sich mit Therapiezielen bei bestimmten Störungsgruppen beschäftigen, verweisen auf unterschiedliche Zielbedeutungen. So stellte sich die Entwicklung indikationsspezifischer Taxonomien als hilfreicher Weg dar, typenspezifisch zu forschen (Berking, 2004, Gerhards, 2008). Für Angstpatienten konnte man eine Dominanz von Symptombewältigungszielen finden (Grosse Holtforth et al., 2009, Trachsel et al., 2008), bei depressiven Patienten wurde überwiegend die Erhöhung des Funktionsniveaus als besonders bedeutsam gewertet. Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen fand man vordergründig symptombezogene Ziele, wie die Bewältigung von depressiven und Angstsymptomen (Faller & Gößler, 1998).

Unter naturalistischen Bedingungen ermittelten Brockmann et al. (2003) jedoch, dass Patienten im ambulanten Bereich vor allem die Bearbeitung von Selbstwertproblemen bedeutsam einstufen, die Symptomreduktion hatte hier eine nachrangige Bedeutung.

Bislang liegen keine empirischen Befunde zu Patientenzielen bei Menschen mit einer BPS vor, weder im stationären, noch ambulanten Bereich, auch nicht im Kontext naturalistischer Versorgung. Lewis und Kollegen (1987) schlagen für BPS- Patienten eine Einteilung in maximal fünf Skalen vor, die sich auf suizidales Verhalten, Substanzmissbrauch, interpersonale Funktionsfähigkeit, Funktionsfähigkeit in der beruflichen Rolle und familiäre Beziehungen fokussieren. Hierfür liegen bislang ebenso keine empirischen Befunde vor.

#### **2.3.4 Wirksamkeit Dialektisch-Behavioraler Therapie im Rahmen efficacy und effectiveness**

Keine anderen störungsspezifischen Konzepte zur Behandlung von *Persönlichkeitsstörungen* wurden mehr beforscht als die zur Borderline Persönlichkeitsstörung (Mulder, 2009). Es gibt hierfür inzwischen mehrere Behandlungsansätze, die ihre Evidenz belegen konnten, am häufigsten untersucht wurden dabei die DBT, Mentalisierungsgestützte Therapie (MBT, Bateman, Fonagy, 2006), Schematherapie (Young et al., 2005) und Transference-Focused-Psychotherapy (TFP, Clarkin, Yeomans und Kernberg, 1998). Sie gelten inzwischen „als

Mittel der Wahl in der Behandlung der BPS“ (Lieb et al., 2004, zit. Bohus, 2011) und werden als evidenzbasiert in den deutschen S2-Leitlinien Persönlichkeitsstörungen geführt (Renneberg et al. 2010). Auf den Seiten der Society of Clinical Psychology ist die DBT mit dem höchsten Status „strong research support“ zu finden (Klonsky et al., 2011), weitere Befunde wurden 2005 von Oldham aufgeführt. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) veröffentlicht ebenfalls evidenzgestützte Befunde zur Behandlung der BPS und verweist auf die DBT für die Behandlung von BPS Frauen mit vorrangig selbstverletzendem Verhalten.

Es bleibt jedoch zu berücksichtigen, dass die zahlreichen Befunde zur Behandlung der BPS und die dabei eingesetzten Erfolgsmaße „sehr unterschiedlich und nur teilweise zu vergleichen“ sind (Bohus, 2011).

**Abb. 8:** Leichsenring et al., 2011: RCTs zur Behandlung der BPS im Zeitraum 1995-2010

	Treatment	Comparison
Bateman and Fonagy <sup>109</sup>	Mentalisation-based treatment in a partial hospital setting	Treatment as usual
Bateman and Fonagy <sup>118</sup>	Mentalisation-based psychodynamic treatment	Structured clinical management
Blum et al <sup>120</sup>	Brief cognitive-behavioural therapy plus treatment as usual	Treatment as usual
Bohus et al <sup>121</sup>	Inpatient dialectical behaviour therapy	Treatment as usual
Clarkin et al <sup>122</sup>	Transference-focused therapy	Dialectical behaviour therapy as supportive therapy
Cottraux et al <sup>123</sup>	Cognitive-behavioural therapy	Client-centred therapy
Davidson et al <sup>119</sup>	Brief cognitive-behavioural therapy plus treatment as usual	Treatment as usual
Doering et al <sup>132</sup>	Transference-focused therapy	Community treatment by experienced therapists
Farrel et al <sup>124</sup>	Schema-focused therapy plus treatment as usual	Treatment as usual
Giesen-Bloo et al <sup>125</sup>	Schema-focused therapy	Transference-focused therapy
Gregory et al <sup>126</sup>	Dynamic deconstructive therapy	Treatment as usual
Harned et al <sup>127</sup>	Dialectical behaviour therapy	Community treatment by experts
Koons et al <sup>114</sup>	Dialectical behaviour therapy	Treatment as usual
Linehan et al <sup>110</sup>	Dialectical behaviour therapy	Treatment as usual
Linehan et al <sup>112</sup>	Dialectical behaviour therapy	Treatment as usual
Linehan et al <sup>111</sup>	Dialectical behaviour therapy	Comprehensive validation therapy plus a 12-step substance misuse programme
Linehan et al <sup>128</sup>	Dialectical behaviour therapy	Therapy by experts
McMain et al <sup>129</sup>	Dialectical behaviour therapy	Psychodynamically informed clinical management
Munroe-Blum et al <sup>116</sup>	Psychodynamic therapy	Interpersonal group therapy
Soler et al <sup>130</sup>	Dialectical behaviour therapy skills training	Standard group therapy
Tyrer et al <sup>117</sup>	Brief cognitive-behaviour therapy	Treatment as usual
Turner et al <sup>115</sup>	Dialectical behaviour therapy	Client-centred therapy
Verheul et al <sup>131</sup>	Dialectical behaviour therapy	Treatment as usual
Weinberg et al <sup>133</sup>	Brief cognitive-behavioural therapy plus treatment as usual	Treatment as usual

**Table 2:** Randomised controlled trials of psychotherapy in patients with borderline personality disorder

Bohus stellt folgende Gemeinsamkeiten dieser vier störungsspezifischen und manualisierten Behandlungsansätze heraus: eine offen mit dem Patienten besprochene kriterienorientierte Diagnostik, die Festlegung eines zeitlichen Rahmens, klare Therapievereinbarungen, eine Hierarchisierung der Behandlungsziele, eine Kombination verschiedener therapeutischer Module und Super- und Intervention der Therapeuten (Bohus, 2011).

Für DBT (ambulant und stationär) und MBT (teilstationär) wurden bisher, „im streng wissenschaftlichen Sinn“, Wirksamkeitsnachweise erbracht (Bohus, 2006, 2007b). Sie gilt als einziger störungsspezifischer Ansatz für BPS, der den Evidenzgrad Ia erlangt, wofür mindestens eine Metaanalyse über mehrere randomisiert-kontrollierte Studien erforderlich sind.

Die DBT wurde dabei bislang am häufigsten untersucht (Kröger und Kosfelder, 2007). Ihre Wirksamkeit wurde von 4 unabhängigen Arbeitsgruppen in 7 randomisierten kontrollierten Therapiestudien belegt (Bohus, 2007b) und hinsichtlich verschiedener positiver Effekte nachgewiesen, allen voran Reduktion von Suizidalität und Selbstschädigung. Die DBT gilt inzwischen als einziger störungsspezifischer Ansatz, der als empirisch validiert und „wahrscheinlich wirksam“ für die Behandlung von BPS bezeichnet wird (Crits-Christoph, P., 1998). Seit dieser Feststellung wurden weitere randomisierte und kontrollierte Studien (Koons et al., 2001, Simpson et al., 2004, zit. in Kröger, 2007, Verheul et al., 2003) und Meta-Analysen durchgeführt (Kröger und Kosfelder, 2007, Stoffers, Völm et al., 2012). Die globale Wirksamkeit über zehn inkludierte Primärstudien hinweg wird mit  $ES=0,62$  (Hedges  $g$ ) angegeben. In einer neueren Metaanalyse mit 16 randomisiert-kontrollierten Studien wurde ein moderater globaler Effekt und eine moderate Effektgröße für suizidales und selbstverletzendes Verhalten gefunden (Kliem et al., 2010).

Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009) untersuchte ebenfalls führende Behandlungsansätze zur BPS und bezog letztlich 15 RCTs ein, um ebenso zu dem Schluss zu kommen, dass die DBT die am häufigsten untersuchte Therapie ist und eine robuste Evidenz vorliegt. Die Society of Clinical Psychology der APA führt in ihrer Liste empirisch gestützter Therapieverfahren die DBT unter dem höchsten Status „strong research support“ (Klonsky et al., 2011). So überzeugend diese Befunde auch sind, in einer weiteren systematischen Meta-Analyse verweist Öst (2008) auf zahlreiche methodische Mängel, die er bei allen s.g. 3.Welle-Therapieansätzen finden konnte (bspw. ACT, CBASP, DBT) und schlussfolgert, „none of the third wave therapies fulfilled the criteria for empirically supported treatments“. McMain et al. (2009) verglichen in einer kontrollierten Studie (180 inkludierte BPS-Patienten) die DBT mit einem Ansatz („general psychiatric management“),

welcher psychodynamische und medikamentöse Behandlungen inkludierte und von BPS-erfahrenen Behandlern durchgeführt wurde und stellte keine signifikanten Unterschiede in den Erfolgskriterien fest.

Aussagen dahingehend, welche Therapieform einer anderen überlegen ist können ebenfalls nicht getroffen werden (Vedel und Emmelkamp, 2010). In den NICE guidelines<sup>12</sup>, heben Leichsenring et al. (2011) „no evidence to suggest that one specific form of psychotherapy is more effective than another“ hervor, wenngleich diese Frage weiterhin durch ein hohes gesundheitspolitisches Interesse geleitet ist. Ein wesentlicher Grund ist die geringe Vergleichbarkeit hinsichtlich Format (bspw. Therapiedauer, Frequenz, Aufbau, Modalität), Heterogenität der Stichproben, Untersuchungsmethode und Therapieergebniskriterien.

Neben den zahlreichen kontrollierten Studien („efficacy“) zur DBT liegen inzwischen ebenso viel versprechende Befunde zur „effectiveness“, „Alltagswirksamkeit“ unter naturalistischen Bedingungen in Deutschland vor (bspw. Friedrich et al., 2003, Gunia, 2007).

### **2.3.5 Reduktion suizidaler und selbstschädigender Verhaltensweisen als bedeutendes Therapieergebnis innerhalb DBT**

Ein häufig berichteter und maßgeblicher Therapieeffekt innerhalb DBT-Behandlung stellt die Reduktion suizidalen und selbstschädigenden Verhaltens dar. Die Bedeutung dieses Symptoms wurde bereits in Kapitel 2.1.1 dargelegt, ist es doch eines der auffälligsten Merkmale einer hohen Zahl der BPS-Patienten (vgl. Kap. 2.1.1.).

SVV als dysfunktionales Bewältigungsverhalten bei BPS übt verschiedene Funktionen aus (für einen Überblick siehe bspw. Klonsky, 2007). Nach Bohus & Schmahl (2007b) sind besonders die Beendigung sehr hoher, quälender und diffus erlebter Anspannungszustände, Dissoziationsphänomene und Identitätsstörungen hervor zu heben. Spannungsreduktion ist auch nach Kleindienst et al. (2008) das primäre Motiv bei etwa 50 % der SVV ausübenden

.....

<sup>12</sup> Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) stellt in Großbritannien seit 1999 Empfehlungen zur Behandlung von Störungen bereit und hat einen großen Einfluss auf die Entscheidungen, die von Klinikern bei der Behandlung gefällt werden. Today we are recognised as being a world leader in setting standards for high quality healthcare and are the most prolific producer of clinical guidelines in the world.

Patienten. Nach Zannarini et al. (2008) zählt SVV als relativ schnell zurückgehend im Vergleich zu BPS-unspezifischen Symptomen, wie Depressivität, Ärger oder Einsamkeit.

Positive Veränderungen des suizidalen und selbstverletzenden Verhaltens lassen sich im Rahmen DBT bereits nach vier Monaten Behandlung nachweisen (Linehan, 1996).

In ihrer Metaanalyse zur Wirksamkeit der DBT halten Kröger & Kosfelder (2007) die Reduktion impulsiver und potentiell selbstschädigender Verhaltensweisen als einen der Haupteffekte fest, ermittelt bspw. über den LPC (Linehan & Comtois, 1996).

So durchgängig und überzeugend die Befunde hierzu auch sind, in der wissenschaftlichen Fachliteratur gibt es bislang keine verbindliche Begrifflichkeit, Klassifikation oder Definition dieses Symptoms (für einen Überblick siehe Nock, 2010, Petermann & Winkel, 2009 und Nitkowski, 2009). Während Petermann & Winkel (2009) selbstverletzendes Verhalten als „funktionell motivierte Verletzung oder Beschädigung des eigenen Körpers, die in direkter und offener Form geschieht, sozial nicht akzeptiert ist und nicht mit suizidalen Absichten einhergeht“ definiert, zählen Fleischer & Herpertz (2009) auch ungesunde Ernährung, Substanzmissbrauch, Risikoverhalten, Essstörungen, Körperschmuckpraktiken usw. zu selbstschädigenden Verhaltensweisen.

Um eine Vergleichbarkeit mit vorliegenden Studien zur DBT-Behandlung bei BPS zu gewährleisten, orientiert sich vorliegende Arbeit an der Definition von Linehan. Hiernach gilt selbstverletzendes Verhalten als „any overt, acute, nonfatal self-injurious act where both act and bodily harm or death are clearly intended (i.e., both the behavioral act and the injurious outcomes are not accidental) that results in actual tissue damage, illness, or, if no intervention from others, risk of death or serious injury.“ (Comtois & Linehan, 1999). In ihrem, bislang unveröffentlicht gebliebenen, strukturierten Interview zur Erfassung suizidaler und selbstverletzender Verhaltensweisen (LPC: Lifetime Parasuicide Count, Comtois & Linehan, 1994, 1999) werden zehn Methoden selbstverletzenden Verhaltens benannt (bspw. Schneiden, Drogen, Verbrennen, Strangulieren), die zeitlich, hinsichtlich Intentionalität und Versorgungsbedürftigkeit genau erfragt werden. So gilt das Stoßen des Körpers als SVV, wenn es eine „auffällige Gewebeschädigung“ hinterlässt, wobei es nicht als SVV gilt, wenn man aus Ärger oder Frustration heraus ohne Verletzungsabsicht, bspw. die Faust auf den Tisch schlägt. Auch das Stören der Wundheilung gilt erst als SVV, wenn die offene Wunde weiteres Bluten verursacht.

Zahlreiche wissenschaftliche Studien verweisen auf eine Reduktion von SVV, gemessen mit diesem Instrument (Bohus et al., 2000; Stiglmayr, 2001; Koons et al., 2001; Katz et al., 2004;

Verheul et al., 2003; Van den Bosch et al., 2005; Fleischhaker et al., 2006; Jacobson et al., 2008; Gregory et al., 2008; Dougherty et al., 2009).

## 2.4 Wirkvariablen der Psychotherapie

Obwohl das Wesen jeder Therapie deren Wirkungsweise ist, sind die Befunde dazu weniger häufig beforscht als zur Wirksamkeit. Vor allem die Beschränkungen, die dem experimentellen Zugang zum Verständnis der Wirkungsweise unterliegen, sind ein wesentlicher Grund dafür (Grawe, 1992).

Die Untersuchung der allgemeinen Wirkfaktoren findet im Wesentlichen im Spannungsfeld zweier Orientierungen statt, die sich im Zuge der in Kapitel 2.1 dargestellten Forschungsbewegungen etablierten: Die Vertreter<sup>13</sup> der Annahme des Dodo-Bird-Verdikts<sup>14</sup> postulieren therapieschulen- und störungsübergreifende, unspezifische Wirkfaktoren als maßgeblich für den Therapieerfolg und betrachten diese weitestgehend unabhängig von Therapieschulen. Die andere Herangehensweise wird von Forschern vertreten, die vor dem Hintergrund bestimmter Therapieschulen therapeutische Ingredienzen in kontrolliert randomisierten Studien (mit hoher interner Validität) an spezifisch selektierten Stichproben (geringer externer Validität) untersuchen. Daraus resultier(t)en vermehrt störungsspezifische Zugänge, die ein evidenzbasiertes Vorgehen postulieren.

Im folgenden Kapitel werden Erkenntnisse zu allgemeinen Wirkfaktoren, wie sie in allen Therapieformen mehr oder weniger vorkommen (Orlinsky, 2010, S. xxii), kurz dargestellt, besonders wird auf den Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung (Kapitel 2.4.2) eingegangen, um anschließend in Kapitel 2.4.3 bisher ermittelte unspezifische und spezifische Wirkfaktoren innerhalb Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, vor allem DBT, ausführlicher zu beschreiben.

.....

<sup>13</sup> Erstmals Rosenzweig (1936), später bspw. Luborsky, Rogers, Orlinsky, Duncan, Miller, Lambert, Wampold, Bohart.

<sup>14</sup> Zahlreiche Befunde wurden seit 1975, der Bekanntgabe dieses s.g. „Äquivalenzparadoxon“, veröffentlicht und stehen im Diskurs mit Kritikern, die diese Aussagen zu widerlegen versuchen. Es sei bspw. auf das Buch *The Heart and Change of Soul* (Duncan et.al., 2010), eine in zweiter Auflage von der APA herausgegebenen Zusammenfassung bisheriger Befunde zu dieser Annahme, verwiesen, aber auch die s.g. „Bibel“ der Psychotherapieforschung, das *Handbook of Psychotherapie and Behavior Change* (Bergin, Garfield, 2004, 1994) stellt entsprechende Befunde, zusammengefasst, dar.



Dabei ist jedoch zu beachten, dass zunehmend die Tendenz, Wirkvariablen und Ansätze zu dichotomisieren, durch mehr integrative Ansätze aufgehoben wird. Beutler et al. (2004) resümieren, dass häufig noch Beziehungs- gegen Technikfaktoren antreten, allgemeine gegen spezifische Wirkfaktoren, das „Dodo bird verdict“ gegen „Empirically supported treatments“. Eine mehr integrative und synergetische, also sich gegenseitig fördernde Perspektive wird beobachtet.

#### **2.4.1 Modelle allgemeiner Wirkfaktoren**

Die erste bekannte Veröffentlichung zu allgemeinen Wirkfaktoren stammt von Rosenzweig (1936). Er vertrat die „offensichtliche [und...] häufig übersehene“ (Rosenzweig, zit. in Duncan et. al., 2010) Annahme, dass die Wirksamkeit verschiedener Therapien eher mit gemeinsamen, denn theoretisch unterschiedlichen, Faktoren begründet werden kann. Therapeutische Richtungen versuchen, diesem Ansatz folgend, ihre Neuheit, Andersartigkeit, oft Überlegenheit hervorzuheben, ein „Babel“ (ebd.) von Therapie und Beratungsverfahren existiert, obwohl alle ähnliches tun. In einer „Dogma-eat-dogma environment of schoolism“ (Norcross, 2006, S. xvii), stellen die Befunde zum Einfluss allgemeiner Wirkfaktoren auf das Therapieergebnis eine Bedrohung des „bonfire of the vanities“ (Hubble et al., 2006, S.5) und einem „theoretical narcissism“ (Norcross, 2006, S.xviii) dar.

Bereits 1961 formulierte Frank (1961, 1982) allgemeine Wirkfaktoren, unabhängig von einem speziellen Heilverfahren und dessen Wirkung. Vier Faktoren definiert er, die alle Therapien aufweisen und letztlich eine Remoralisierung des Patienten bewirken sollen: eine Beziehung, in welcher der Patient den Therapeuten als kompetent und hilfsbereit erlebt, Rahmenbedingungen der Therapie (und damit Rollenzuweisungen), ein bestimmtes Konzept und damit ein Mythos, der damit entsteht, und bestimmte Rituale und Abläufe, die die Heilung bewirken sollen.

Einen wesentlichen Erkenntniszuwachs stellte dann das von Orlinsky und Howard (1987) auf der Basis von über 1100 Zusammenhangsanalysen erstellte schulenübergreifende „Generic Model of Psychotherapy“ dar (Grawe, 1992). Dabei werden verschiedene Aspekte kategorisiert, die einen Einfluss auf die Wirkung einer Psychotherapie ausüben (aus: Orlinsky et al., 2004, S. 316 ff):

- Die formale Beziehung ("therapeutic contract", organisatorischer Aspekt)
- Therapeutische Aktivitäten ("therapeutic operations", technischer Aspekt)
- Therapeutische Beziehung ("therapeutic bond", interpersoneller Aspekt)

- Selbstbezogenheit ("self-relatedness", intrapersoneller Aspekt)
- Unmittelbare Einflüsse der Sitzung ("in-session impacts", klinischer Aspekt)
- Zeitliche Muster ("temporal patterns", sequentieller Aspekt, zeitliche Abfolge)

Es gilt als erstes empirisch fundiertes, allgemeines Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie. Es macht deutlich, dass mehrere, miteinander in Wechselwirkung stehende, Variablen, das Therapieergebnis beeinflussen. In einer Weiterentwicklung dieses Modells bringen Orlinsky, Grawe und Parks (1994) Patienten- Therapeuten und Therapieergebnisvariablen in Verbindung, schließen dabei auch gesellschaftliche Faktoren, das Therapiesetting und das individuelle Umfeld mit ein. Dabei werden „Input“ (Einfluss) und „Output“ (Ergebnis) - Variablen unterschieden, zwischen denen sich der Therapeutische Prozess entfaltet.

Grawe et. al. (1995, 1997, 1998, Orlinsky, Grawe & Parks, 1994b) fanden in ihrem induktiven Vorgehen, bei der Prüfung empirischer Wirksamkeitsuntersuchungen und Prozessforschungen, fünf Merkmale, die allen Therapien mit besonders guter Wirkung, gemein waren (Grawe (2005b):

- Ressourcenaktivierung (Eigenarten der Patienten, wie motivationale Bereitschaften, Fähigkeiten, Interessen)
- Problemaktualisierung (veränderungswürdige Probleme werden in der Therapie unmittelbar erfahrbar, erlebnisorientierter Zugang, bpsw. Exposition, Imagination, Rollenspiele)
- Problembewältigung (mit problemspezifischen Maßnahmen werden positive Bewältigungserfahrungen im Umgang mit den Problemen geschaffen)
- Motivationale Klärung (Bewusstwerdung der Determinanten eines problematischen Erlebens und Verhaltens) und darüber hinaus die
- Qualität der Therapiebeziehung, wobei der erste und letzte Wirkfaktor von entscheidender Bedeutung sind (Dick et al., 1999, Smith et al., 1999, Smith&Grawe, 2003).

Asay und Lambert (2006) unterteilen allgemeine therapeutische Faktoren in die s.g. „Big Four“, Bereiche, die den „current belief“ (ebd.) der Autoren über den Anteil der Varianzaufklärung hinsichtlich Outcome darstellen.

Da sich vorliegende Untersuchung bei der Erhebung der Wirkfaktoren innerhalb DBT auf diese vier Bereiche bezieht, sollen diese kurz dargestellt werden.

- Therapeutische Beziehung (30%)
- Extratherapeutische Veränderung (40%)
- Plazebo-Effekte (15%)
- Technik (15%)

Silberschatz (2011) unterteilt ebenfalls in 4 Bereiche, die er folgendermaßen benennt:

- Brands (DBT, MBT etc., mehr als 400 Psychotherapieschulen)
- Technics
- Nonspecific (Therapeutische Beziehung, Allianz, Korrigierende Erfahrungen)
- Therapist (bestimmte Therapeuten sind besser als andere, siehe hierzu auch Lambert, 2002; Lambert und Okiishi, 1997)

Im Ulmer Wirkfaktorenwürfel werden die allgemeinen Wirkfaktoren der verschiedenen psychotherapeutischen Herangehensweisen, basierend auf Lambert et al., 1994, aufgegriffen und von Kächele (2005) unter die Oberbegriffe 1. Unterstützung (bspw. Identifikation mit dem Therapeuten, Therapeutische Allianz, Empathie, Wärme), 2. Lernen (bspw. Ratgeben, Kognitives Lernen, korrigierende emotionale Erfahrung) und 3. Handeln (Exposition, Bewältigungsbemühungen, Modelllernen, Übung) zusammen gefasst.

Castonguay und Beutler (2006) integrieren Befunde der Division 12 und 29 der American Psychological Association, welche sowohl die Empirically Supported Treatment- Perspektive, als auch die Empirically Supported Relationships- Perspektive umfassen. Störungsspezifisch und empirisch fundiert werden dabei vier Wirkfaktorenkomplexe unterteilt: Klienten-, Beziehungs- und technische Faktoren und die Integration all dieser Faktoren.

#### **2.4.2 Die Therapeutische Beziehung als bedeutsamstes Prozessmerkmal**

Als, mit Abstand, am umfangreichsten wurde der Wirkfaktor „Therapeutische Beziehung“ erforscht. Mehr als 1000 empirische Befunde verweisen auf die therapeutische Allianz als wichtigstes Prozessmerkmal (Orlinsky et al., 2004, Martin et al., 2000, Svartberg, Stiles, 1995, Orlinsky et al., 1994 b, Castonguay et al. 1996; Horvath et al., 1991, Norcross, 2002).

So zahlreich die Befunde sind, so wenig einheitlich wird dieser Wirkfaktor jedoch konzeptionalisiert. Kriterien einer therapeutischen Beziehung als Wirkprinzip wurden bereits mit Entstehen psychoanalytischer Behandlung von Freud (1913) benannt und haben damit ihren Ursprung in psychodynamischen Theorien. So galten bspw. Einfühlung und Interesse für den Patienten als Voraussetzung, um einen guten Rapport herzustellen. Innerhalb Rogers personenzentrierter Therapie wurde eine stärker am Klienten orientierte Definition formuliert. Hiernach ähnelt die ideale therapeutische Beziehung einer existentiellen Begegnung, getragen von Empathie, Echtheit und bedingungsloser Wertschätzung dem Patienten gegenüber (Rogers, 1951, Horvath et al., 2008). Greenson (1965) unterschied innerhalb psychodynamischen Ansätzen zwischen Übertragung, einer Arbeits- und einer Therapeutischen Allianz. Wobei die Arbeitsallianz die Fähigkeit des Patienten beschreibt, sich an den Aufgaben der Analyse auszurichten, während die Therapeutische Allianz die persönliche Bindung zwischen Therapeut und Patient fokussiert. Grawe (1994) rückte später, wie oben kurz benannt, die Therapeutische Beziehung als maßgebliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Therapieprozess in den Vordergrund. Eine komplementäre Beziehungsgestaltung, die sich an den individuellen Bedürfnissen und Zielen des Patienten ausrichtet, ermöglicht ein Ausbalancieren zwischen Ressourcen- und Problemaktivierung (Grawe, 1994, Gassmann & Grawe, 2006). Zwei wesentliche Aspekte zeigen sich, über die vielen Definitionen hinaus, als wesentlich und werden von Constantino, Castonguay, und Schut (2002, S.86) folgendermaßen benannt: „the alliance represents interactive, collaborative elements of the relationship in the context of an affective bond or positive attachment“, wobei die Beziehung „therapist and client abilities to engage in the tasks of therapy and to agree on the targets of therapy“ umfasst.

Es konnten in zahlreichen Studien positive Zusammenhänge zwischen Beziehungsfaktoren und Therapieergebnissen nachgewiesen werden (Berking, 2004, Johnson et al., 2003, Tryon & Winograd, 2001, 2002, Martin et al., 2000, Orlinsky et al., 2004, Caspar, 1999, Orlinsky, Grawe, Parks, 1994), auch eine hohe Prädiktionskraft gerade der frühen Beziehungseinschätzung (Castonguay et al., 2006b, Constantino et al., 2002, Tryon & Winograd, 2001). Zu betonen ist jedoch an dieser Stelle, dass es nur wenige Befunde gibt, die speziell zu Persönlichkeitsstörungen erhoben wurden (Smith et al., 2006). Bei der Untersuchung verschiedener Störungsgruppen konnten auch abweichende Befunde zu diesen Zusammenhängen gefunden werden. So fanden Marmar et al. (1989) für depressive Patienten einzig Zusammenhänge zwischen Symptomen und dem Commitment des Patienten, am stärksten bei kognitiver Verhaltenstherapie, keine anderen Beziehungsaspekte standen in

Verbindung mit dem Outcome. Lindsay et al. (1997) konnten bei Zwangsstörungen Symptomreduktionen eher auf spezifische Techniken als unspezifische Faktoren zurückführen.

### 2.4.3 Spezifische Wirkfaktoren in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen

In ihrer Zusammenfassung evidenzbasierter Befunde der Division 12 und 29 der APA (vgl. Kapitel 2.3.1) zu Wirkfaktoren, speziell in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, betonen Fernández et al. (2006), dass Psychotherapieforschung in diesem Bereich noch am Anfang ist, v.a. Moderatorvariablen, die das Outcome vorhersagen könnten wurden bislang wenig beforscht. In bisherigen Untersuchungen werden zudem meist Veränderungen spezifischer Verhaltensweisen oder Symptome fokussiert, statt weitere, praktisch relevante Aspekte einzubeziehen, wie die des Selbstkonzeptes, berufliche und partnerschaftliche Beziehungsaspekte (ebd). Bisherige Befunde zusammenfassend werden von den Autoren folgende „probably effective“ Patientenvariablen heraus gestellt: „coping-style, stages of change, anaclitic and introjective styles, expectations, and assimilation of problematic experiences.“ (S.214).

Letztlich heben Fernández et.al. (2006) hervor, dass es „willingness and ability to engage with treatment“ und „some history of positive attachments“ sind, die ein gutes Therapieergebnis begünstigen.

Bateman und Fonagy (2000) sichteten 1814 Abstracts und über 80 Paper, um aufzuzeigen, welche gemeinsamen Merkmale Therapien aufweisen, die „moderately effective“ sind:

Diese Verfahren tendieren dazu „to be well structured, to devote considerable effort to enhancing compliance, to have a clear focus, whether that focus is a problem type of behaviour such as self-harm or an aspect of interpersonal relationship patterns, to be theoretically highly coherent to both therapist and patient, sometimes deliberately omitting information incompatible with the theory; to be relatively long term; to encourage a powerful attachment relationship between the therapist and patient, enabling the therapist to adopt a relatively active rather than a passive stance; and to be well integrated with other services available to the patient (S.141)“.

Auch in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen wird der therapeutischen Beziehung (vgl. Kapitel 2.4.1.1) ein großer Einfluss auf das Therapieergebnis zugesprochen (Smith et al., 2006). Im Rahmen effektiver Behandlung von Persönlichkeitsstörungen übt die therapeutische Beziehung dabei drei Funktionen aus (Renneberg et al., 2010) : sie dient dem Beziehungsaufbau über eine *komplementäre Beziehungsgestaltung* (vgl. Sachse, 2001), im

Rahmen Beziehungsdiagnostik verweist sie auf metakognitiv-emotionaler Ebene auf *Normabweichungen* und stellt *Beziehungsarbeit* dar indem sie im dialektischen Spannungsfeld zwischen Beziehungsaufbau durch Akzeptanz und Beziehungsgefährdung durch Irritation ausbalanciert (Renneberg et al., 2010). Eine starke, positive Beziehung in effektiven Therapien wird durch einen relativ aktiven Therapeuten begünstigt, es wird eine klare Struktur geboten, die für Patient und Therapeut Sinn macht und eine Begrenzung inakzeptablen Verhaltens ermöglicht (Benjamin & Karpiak, 2002, zit. in Smith et al., 2006).

Linehan et al. (2006c) betont, dass sich Beziehungsfaktoren jedoch nicht von technischen Faktoren unterscheiden lassen (vgl. Kap. 2.4.3.3). Weitere technische Prinzipien in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, die als „unique“ betont werden sind die Erreichbarkeit und Flexibilität des Therapeuten in Krisenzeiten, die Ehrlichkeit und Deutlichkeit des Therapeuten hinsichtlich eigener Grenzen, Balance aus Akzeptanz und Veränderungsfokus und fortlaufende Super- und Intervision der Therapeuten (Linehan et al., 2006c).

#### **2.4.4 Wirkvariablen innerhalb Dialektisch- Behavioraler Therapie**

Trotz der bislang erbrachten Wirksamkeitsnachweise heißt es jedoch „it is difficult to ascertain whether the improvement reported for patients receiving dialectical behavior therapy derived from specific ingredients of dialectical behavior therapy.“ (American Psychiatric Association, 2001, zit. in Linehan, 2006a), welche Variablen veränderungsinduzierend wirken, bleibt bislang offen (Martens, 2005).

Eine Abgrenzung von Wirkvariablen wird durch den integrativen Charakter der evidenzgestützt erfolgreichen Therapien jedoch auch schwer möglich. Als allen Ansätzen immanent scheint ein stärker strukturierendes Vorgehen in der Behandlung zu sein, wie von NICE, APA, S2-Leitlinien etc betont und empfohlen. Bisherige Annahmen und Befunde zu den Wirkfaktoren und –mechanismen innerhalb DBT sollen nachfolgend aufgeführt werden.

##### **2.4.4.1 Annahmen zu Veränderungsmechanismen innerhalb DBT**

Überlegungen zu den **Veränderungsmechanismen** innerhalb DBT, empirisch jedoch nicht abgesichert, führen Lynch et al. (2006) und Linehan (2006c) auf. Lynch et.al. unterscheiden zwischen allgemeinen verhaltenstherapeutischen Techniken, wie bspw. Exposition, Fertigkeitentraining, kognitive Umstrukturierung, Verstärkung und spezifischen dialektisch-

behavioralen Techniken, wie bspw. Zielhierarchisierung, dialektische Strategien, Achtsamkeitsstrategien, DBT-Validierungsstrategien.

So wird vermutet, dass im Rahmen spezifischer Strategien wie Achtsamkeit, Hierarchisierung des Problemverhaltens, Entgegengesetztes Handeln, Kettenanalysen und Dialektische Strategien bestimmte Mechanismen wie Exposition, Löschung, Aufmerksamkeitskontrolle, das Erlernen spezifischer Fertigkeiten usw. veränderungsinduzierend wirken könnten.

Bspw. wird angenommen, dass spezifische DBT-Vorgehensweisen positive Veränderungen hinsichtlich bestimmter Borderline-Symptome bewirken: Validierungsstrategien könnten über die Entwicklung eines kohärenten Selbstverständnisses, Erhöhung der Therapiemotivation und Reduktion negativer Emotionalität als Verstärker oder/ und im Rahmen eines Modelllernens wirken. Da fehlregulierte Emotionen mit ineffektiven Bewältigungsstrategien einher gehen (Chapman & Linehan, 2005), das Kerndefizit der BPS nicht die Erfahrung intensiver Emotionen ist, sondern die Erfahrung kognitiv-emotional- und handlungsbezogener Zusammenbrüche (Linehan, 1993) sollen die genannten Strategien helfen, hilfreichere Bewältigungsstrategien für extreme Gefühlszustände zu finden.

Vier wesentliche Veränderungsmechanismen unterteilt Linehan, 2006c in:

- Konfrontation mit Reizen, die maladaptive Emotionen auslösen, in Verbindung mit der Verhinderung von Vermeidungsverhalten und Verstärkung bei Anwendung adaptiver Fertigkeiten, Entgegengesetztes Handeln
- Kontingenzmanagement, Expositionen und Verhaltenstraining zur Verhinderung bestehenden Problemverhaltens
- Individuelle und detaillierte Verhaltensanalysen
- Coaching des Patienten in der Balance aus Akzeptanz und Veränderung

Lynch schlussfolgert, dass zukünftige Untersuchungen zu den Veränderungsmechanismen „should prove to be invaluable to the patients this treatment is designed to help“.

So bestätigen neuere qualitative Befunde zur Wirksamkeit der DBT einige Annahmen und verweisen auf weitere Aspekte, weitestgehend aus Klientenperspektive, welche anschließend dargestellt werden.

#### **2.4.4.2     *Qualitative Befunde zu Wirkfaktoren innerhalb DBT***

Qualitative Befunde zu den **Effekten** der DBT finden sich bei Perseus et al (2003), die zehn Patienten und vier Therapeuten nach den hilfreichen Aspekten und Effekten der DBT

befragten. Die Therapie wird als lebensrettend erlebt, indem definierte Fertigkeiten und Problem- und Lösungsanalysen vermittelt werden, die helfen Selbstschädigungs- und Suizidversuche zu verhindern. Ebenso unterstützte die DBT, eigene unangenehme Gefühle (Selbsthass) und Selbstentwertungen anzunehmen und Selbstakzeptanz zu fördern.

Für die **Wirkfaktoren** aus Patientensicht wurden sechs Kategorien ermittelt: eine bestätigende, verständnis- und respektvolle Haltung des Therapeuten (1) in Kombination mit kognitiven und verhaltenstherapeutischen Fertigkeiten (2). Die Betonung der eigenen Verantwortung, (3) das Unterschreiben eines Therapievertrages (4), die Gruppentherapie (5) und Telefoncoaching (6) wurden dabei ebenfalls als hilfreiche Komponenten benannt.

Cunningham et al. (2004) befragten ebenfalls Borderline-Patientinnen (n=14) dazu, was sie als effektiv innerhalb DBT empfanden und warum. Neben „generellen Reflektionen“ (ebd.) dazu, was die Therapie bewirkte und verschiedenen anderen Effekten (Beziehungen, Emotionskontrolle, Leiden und Hoffnung), wurden Wirkvariablen in den einzelnen Therapiekomponenten (Einzeltherapie, Skillsgruppe, Skillscoaching) bestimmt.

Die wichtigste Komponente stellte die Therapeutische Beziehung dar, worauf im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen wird. Die Skillstrainer wurden am effektivsten erlebt, wenn es ihnen gelang, die Klienten beim Alltagstransfer der erworbenen Fertigkeiten zu unterstützen, wenn sie konstant Fertigkeiten definierten und diese selbst auch beherrschten- über das Ablesen aus dem Manual hinaus, ein v.a. vor dem Hintergrund der häufig DBT-erfahrenen Klienten wichtiges Merkmal. Selbstberuhigung, Ablenkung und Achtsamkeit waren dabei die meist genannten hilfreichen Fertigkeiten. Es zeigte sich jedoch kein einheitliches Bild über den Benefit aller vermittelten Skills hinweg. Klienten konnten von Skills profitieren, wenn sie sie nicht nur verstehen, sondern auch anwenden konnten. Dies war bei den Ablenkungsskills der Fall, bei komplexeren Strategien, wie Radikale Akzeptanz, gab es sehr unterschiedliche Meinungen, da dieser Skill schwerer zu begreifen und umzusetzen sei. Ebenso wurden in der qualitativen Studie von Miller (2000) Stresstoleranz und Achtsamkeitsfertigkeiten als am hilfreichsten erlebt.

Araminta, T. (2000, zit. von Hodgetts & Wright, 2007) ermittelt in ihrer qualitativen Arbeit zur Klienten- und Therapeutenperspektive auf die DBT die erlebte Struktur und Manualisierung als hilfreich.

Bei der Untersuchung von **Klientenfaktoren** identifizierten Burckell & McMain (2011) in einer Falldarstellung zweier BPS-Patienten innerhalb DBT mit unterschiedlichem



Therapieergebnis ebenfalls potentielle Wirkfaktoren. So stellten symptomspezifische Merkmale, wie Suizidalität, soziale Isolation, unterregulierter Ärger einen wichtigen Einflussfaktor dar. Das Alter schien bedeutsam, jedoch finden sich auch Befunde, die diesem Faktor keinen Prädiktionswert beimessen (Salsman et. al., 2008, zitiert in Burckell, 2011). So schlussfolgern Burckell et.al. es seien eher mit dem Alter assoziierte Faktoren, wie Motivation, die das Outcome beeinflussen. Auch Norcross, Krebs & Prochaska (2011) betonen motivationale Faktoren als bedeutsam für Therapieerfolg. V.a. BPS-Patienten zeigten sich hierbei ambivalent. So zeigte in der Falldarstellung von Burckell & McMains die Pat. mit besserem Outcome einen bereits über Jahre anhaltenden Leidensdruck und einen Willen zur Veränderung, während der Pat. mit geringerem Outcome stärkere Ambivalenz hinsichtlich Therapie- und Veränderungsmotivation und geringeres Engagement zeigte.

#### **2.4.4.3 Stellenwert der Therapeutischen Beziehung innerhalb DBT**

Wenn von Therapeutischer Allianz die Rede ist, wird meist auf Bordin's Konzept Bezug genommen, was die Übereinstimmung hinsichtlich Aufgaben und Ziele und ein darüber hinaus gehendes emotionales Band zwischen Therapeut und Patient („bond“) inkludiert. So präzisieren in der Fallanalyse von Burckell & McMains (2011) ein hohes Commitment mit gemeinsam definierten Therapiezielen und eine Beziehung, getragen von gemeinsam erlebtem Vertrauen, Verständnis und Akzeptanz ein besseres Outcome.

Dabei steht eine niedrige Allianz zu Beginn der Behandlung bei BPS-Patienten nicht notwendigerweise prädiktiv für deren Outcome (Burckell & McMains, 2011).

In einer Studie von Shearin & Linehan (1992) wurde erstmals Augenmerk auf den Therapieprozess gelegt. Patienten und Therapeuten gaben über sieben Monate hinweg Beurteilungen zur therapeutischen Beziehung ab, Zusammenhänge mit der Anzahl von Selbstverletzungen und Suizidgedanken wurden angenommen (Kröger, 2002).

Linehan (2006b) betont, dass es „gerade die Stärke der Beziehung [in der DBT sei], die die Patienten (und manchmal auch den Therapeuten) in der Therapie hält. In bestimmten Zeiten kann die Stärke der Beziehung das einzige sein, was die Patienten am Leben erhält.“ (S.388). So sind viele DBT-Strategien (bspw. Fokus auf therapieschädigendes Verhalten, Kontingenzmanagement) nur dann effektiv, wenn sie sich auf eine positive Beziehung zwischen Patient und Therapeut stützen. „The relationship in DBT has a dual role. The relationship is the vehicle through which the therapist can effect the therapy; it is also the therapy“ (Linehan, 1993, S.514)

Nicht nur störungs- und therapieübergreifend wird die therapeutische Beziehung als bedeutsam herausgestellt, speziell auch in der Behandlung von BPS-Patienten bestätigen Befunde die Wichtigkeit einer positiven Ausprägung (Spinhoven et al., 2007).

Als Spezifikum der therapeutischen Beziehung wird im Rahmen DBT eine dialektische Balance in mehrfacher Hinsicht herausgestellt. So soll sie sowohl echt als auch strategisch sein, sie soll unterstützend sein, aber auch Veränderungen fokussieren (Comtois et al., 2000). In der Studie von Cunningham et al. (2004) stellten sich ein Nicht-Bewerten und Validierung als die notwendigsten Therapeutenqualitäten heraus, gepaart mit „pushing and challenging“ des Klienten. Geling es dem Therapeuten diese beiden Qualitäten auszubalancieren wurde dies als effektiver erlebt. Ebenso wichtig schien den Klienten eine partnerschaftliche Ebene, bei der auf dasselbe Ziel hin gearbeitet wird und Aufrichtigkeit des Therapeuten. Auch die Skillstrainer sollten, wie oben bereits erwähnt, Fertigkeiten nicht nur vermitteln, sie sollten sie auch selbst beherrschen- im Sinne Echtheit. Auch in der Untersuchung von Araminta (2000, zit. Hodgetts, 2007) wurde als besonders hilfreicher Beziehungsaspekt eine therapeutische Selbstoffenbarung genannt.

Turner (2000) beschreibt in einer naturalistischen Untersuchung mit 24 Pat. zum Vergleich klienten-zentrierter Therapie mit der DBT, dass einige BPS- Symptome in der DBT eine deutlichere Reduktion erfuhren, die Qualität der therapeutischen Allianz zeigte jedoch in beiden Verfahren signifikante Varianz. Diese stand im Zusammenhang mit der Wahrnehmung des Patienten von Loyalität, Respekt, Vertrauen und Veränderungsmotivation und führte bei beiden Verfahren zu Verbesserungen.

### 3. Hauptfragestellungen und Einbettung der Untersuchung in die „Berliner Borderline Versorgungsstudie (BBV)“

Aus den theoretischen Ausführungen ergeben sich für vorliegende Untersuchung Fragestellungen, die sich in folgende Themenbereiche zusammenfassen lassen (vgl. Einleitung):

**Abb. 9:** Hauptfragestellungen

Fragenkomplex A THERAPIEERGEBNIS	Fragenkomplex B PROZESSVARIABLEN	Fragenkomplex C ZUSAMMENHANGSANALYSEN
Welche Therapieergebnisse erzielen Patienten mit BPS nach einem Jahr ambulanter Therapie unter naturalistischen Bedingungen?	Welche Wirkfaktoren im Therapieprozess lassen sich innerhalb DBT-orientiertem Vorgehen im ersten Therapiejahr ermitteln?	Welche Zusammenhänge zwischen subjektiv wahrgenommenen Wirkfaktoren und Therapieerfolgskriterien lassen sich feststellen?
➤ siehe Kapitel 4	siehe Kapitel 5	siehe Kapitel 6

Zugunsten einer klaren Strukturierung werden diese Fragenkomplexe nachfolgend in jeweils eigenem Abschnitt ausdifferenziert, die jeweilige Methodik wird entsprechend beschrieben, Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Die Gesamtstudie wird dann abschließend kritisch diskutiert und weitere Implikationen werden abgeleitet.

Zunächst soll jedoch die Studie in das BBV-Projekt eingeordnet werden, wobei die Gesamtstichprobe zuerst beschrieben und diskutiert wird.

#### Einbettung der Untersuchung

Vorliegende Studie ist Teil des Gesamtprojektes „Berliner Borderline Versorgungsstudie“ unter Leitung von PD Dr. Stiglmayr (Arbeitsgemeinschaft für wissenschaftliche Psychotherapie, Berlin), Prof. Dr. Fydrich (Humboldt Universität zu Berlin), Prof. Dr. Renneberg (Freie Universität Berlin) und PD Dr. Röpke (Charité, Klinik für Psychiatrie). Das Projekt hat es sich zur Aufgabe gemacht, die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Berlin zu

untersuchen. Im Rahmen der Studie wurden unterschiedliche Fragestellungen verfolgt, bspw. zur Wirksamkeit oder zur Kosten-Nutzen-Analysen. Es handelt sich bei dem Projekt um eine naturalistische Längsschnittstudie im multimethodalen Design mit einem geplanten Studienzeitraum von 5 Jahren, die weiteren erfolgreichen katamnestischen Erhebungen ausgeschlossen. Die Patienten wurden im Zeitraum Juli 2007 bis April 2010 über das Borderline Netzwerk Berlin rekrutiert.

Durch das persönliche Engagement und auch private Mittel aller Beteiligten konnte das Projekt getragen werden. Insgesamt beteiligten sich 35 Therapeuten. Dem naturalistischen Design folgend wurde die Teilnahme an den regelmäßig angebotenen Supervisions- und Intervisionsgruppen erfasst, jedoch nicht kontrolliert. Mehrere Fertigkeitengruppen (6 Gruppen mit jeweils mindestens 6 Monaten Dauer pro Patient) wurden im Rahmen dieser Studie angeboten, beinahe alle Patienten konnten einen Platz erhalten und nahmen damit parallel zur Einzeltherapie über ein Jahr an einer Skillsgruppe mit meist einer Sitzung pro Woche á 2 Zeitstunden teil. Detaillierte Angaben zur Qualifikation der Therapeuten, Fertigkeitentrainer und der Angebote finden sich in den Arbeiten von Stiglmayr et al. und Wagner et al. (in prep.)

Es wurde eigenständig für die vorliegende Untersuchung ein Interviewleitfaden für die Erhebung der Therapieziele und zu den Wirkfaktoren entwickelt. Die Pilotstudie zur Überprüfung dieser Instrumente wurde selbst organisiert und durchgeführt. Es wurden zudem Daten aus dem Gesamtprojekt genutzt (direkt erhobene Fragebögen, wie bspw. BDI, FGG, BSL, WAI).

Das eigene Engagement im Projekt äußerte sich auf mehreren Ebenen: bei der *Organisation und Koordination* der Studie ging es bspw. um die Unterstützung bei der Klärung und Einrichtung der Räumlichkeiten, des Studientelefons, Einarbeitung und Anleitung von Studienmitarbeitern, innerhalb *Diagnostik* ging es um das Mitwirken bei der Eingangsdiagnostik und der Erhebung aller Daten, auch im weiteren Verlauf um die Erhebung von Verlaufs- und katamnestischen Daten, zudem wurde bei der *Vermittlung* der Patienten mitgewirkt, bei der *Datenpflege* wurde bei Eingabe und Auswertung unterstützt, Pflege der Datenbank, Unterstützung bei der Auswertung der Daten, Betreuung von Diplomarbeiten, Mitwirken als DBT-Therapeutin durch die *Behandlung* von vier Studienpatienten. Auch die Leitung von DBT-Skillsgruppen über 3 Jahre im Rahmen der Studie war Teil der eigenen Einbringung in die Studie.

### **3.1 BBV: Auswahl der Befragten und Zugang**

Die Patienten wurden über das Borderline- Netzwerk rekrutiert, ein Verbund aus Kliniken, ambulanten Therapeuten, Aus- und Fortbildungsinstituten und sozialtherapeutischen Einrichtungen in Berlin. Über die Homepage des Netzwerkes ([www.borderline-netzwerk.de](http://www.borderline-netzwerk.de)) konnten sich Patienten auch selbst anmelden.

Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 16 Jahren und die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV (301.83). Ausschlusskriterien für diese Untersuchung waren eine akute Suizidalität, die Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder einer bipolaren Störung, Medikamenten-, Drogen oder Alkoholabhängigkeit in den letzten 6 Monaten, ein Body-Mass-Index (BMI) weniger als 18, geistige Retardierung oder eine Antisoziale Persönlichkeitsstörung, aber auch eine laufende Psychotherapie galt als Ausschlusskriterium.

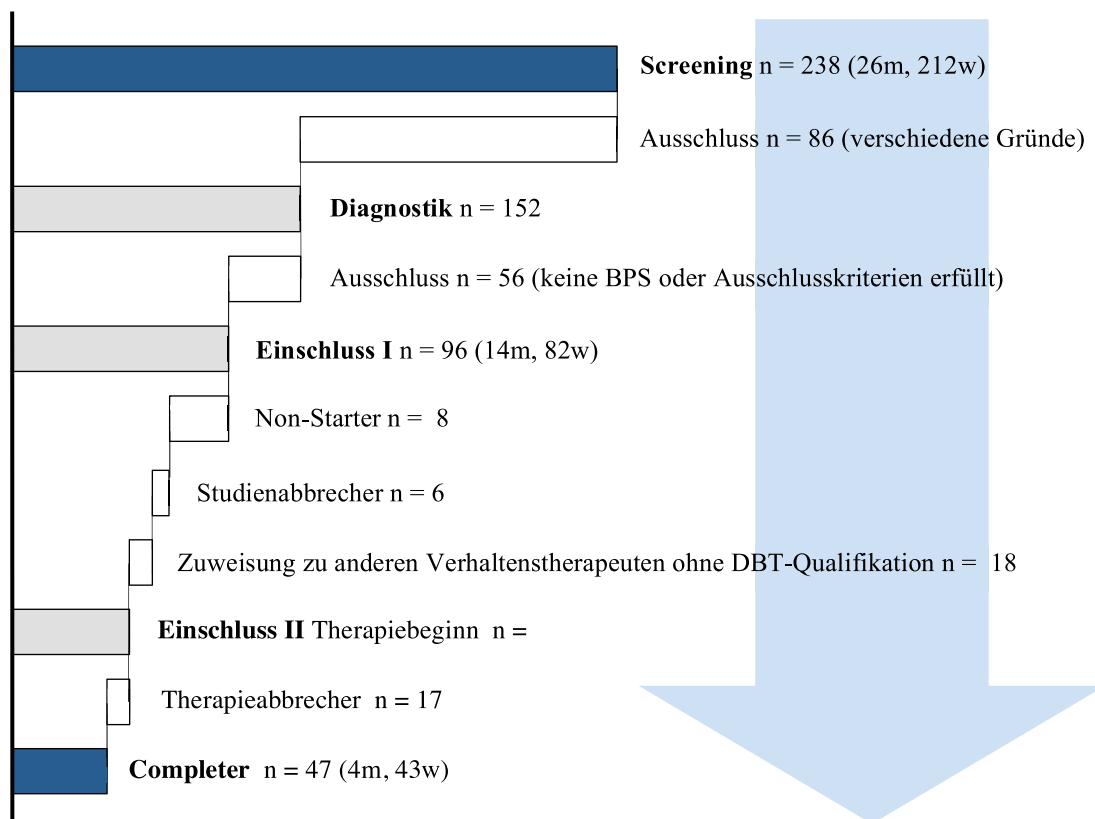
### **3.2 Untersuchungsablauf der BBV: Erhebungszeitraum und Einschluss der Studienteilnehmer**

Der Erhebungszeitraum des Forschungsprojektes erstreckte sich über 5 Jahre. Im Laufe der Studienzeit wurden am Telefon 238 Personen mittels MSI-BPD (The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder, Zanarini et al., 2003, Anhang 2.2.2) gescreent. Davon kamen 152 zur Eingangsdiagnostik, die etwa 5 Stunden pro Patient dauerte und unter anderem die in Tabelle 11 aufgeführten Instrumente umfasste.

Die Diagnosestellung erfolgte mittels SKID I für Achse-I-Störungen, SKID II für Achse-II-Störungen. Speziell bei der Diagnostik der Borderline Persönlichkeitsstörung wurden in Zweifelsfällen störungsspezifische Fragebögen (FGG, Anhang 2.2.4 und BSL) heran gezogen. Speziell für die Diagnostik der BPS wurden für die Ersterhebung vier Diplom-Psychologen durch ein Skid-Training entsprechend geschult. Die Interraterreliabilität, ermittelt durch den ICC (Intraclass Correlation Coefficient), lag bei 0.96 (Konfidenzintervall von 0.9 – 0.98). Damit kann von einer exzellenten Übereinstimmung gesprochen werden (Fleiss, 1981). Die klinische Erfahrung der Rater lag im Durchschnitt bei 9.5 Jahren (Standardabweichung = 3.11 Jahre). 56 Personen mussten ausgeschlossen werden, weil sie entweder nicht die BPS-Kriterien erfüllten oder Ausschlusskriterien, wie bspw. Antisoziale Persönlichkeitsstörung, vorlagen. Von den 96 eingeschlossenen Patienten (Einschluss I: noch VOR Therapiebeginn) wurden 18 Patienten Verhaltenstherapeuten ohne DBT-Qualifikation zugewiesen, diese werden in vorliegender Studie nicht berücksichtigt.

Es nahmen 8 s.g. „Non-Starter“ das therapeutische Angebot nicht an, bspw. wenn in der Zwischenzeit ein anderer Therapieplatz angenommen wurde. Von den 88 Patienten, die die Therapie begannen, lehnten 6 eine weitere Studienteilnahme ab. Wie viele dieser Patienten weiterhin in Therapie blieben, kann nicht gesagt werden, eine weitere diagnostische Begleitung erfolgte nicht mehr. Damit wurden 64 Patienten innerhalb ihrer DBT-orientierten Therapie begleitet. Davon brachen 17 (26.6 %) Patienten die Therapie ab aus unterschiedlichen Anlässen und waren leider weitestgehend nicht bereit, über diese Gründe Auskunft zu geben. Somit absolvierten 47 Patienten (ohne Studienabbrecher), die erfolgreich an einen Therapeuten vermittelt wurden, die Therapie mindestens ein Jahr.

**Abb. 10:** BBV-Flow-Chart: „Screening bis Completing“



Die 47 Patienten der Gruppe der „Completer“ wurden jeweils über zwölf Monate diagnostisch begleitet im Abstand von 4 Monaten. Für vorliegende Untersuchung sind dabei die Messzeitpunkte T-1 (Eingangsdagnostik, VOR Therapiebeginn), T0 (Therapiebeginn, ab Bewilligung der Therapie) und T3 (nach einem Jahr Therapie) von Interesse. Prozessdiagnostisch wurde der Beziehungsfragebogen nach jeder Therapiesitzung erhoben, die aus Patientensicht stattgefundenen Veränderungen und subjektiv erfahrenen Wirkfaktoren im Therapieprozess wurden zu T3 retrospektiv erfragt.

### 3.3 Überblick der in dieser Arbeit verwendeten Messinstrumente

Ein Überblick über die unterschiedlichen Messzeitpunkte aller in dieser Studie verwendeten Erhebungsinstrumente wird nachfolgend aufgeführt. Anschließend werden die diagnostischen Messinstrumente beschrieben, die für die Gesamtstudie BBV verwendet wurden. Eine Darstellung der, überwiegend speziell für diese Arbeit verwendeten, weiteren prozess- und ergebnisorientierten Erhebungsinstrumente erfolgt, für eine bessere Übersichtlichkeit, unter dem jeweiligen methodischen Abschnitt 4-6.

Neben der Erfassung sozioökonomischer Daten erfolgte eine umfangreiche psychometrische Eingangsdiagnostik zur Klärung der Ein- und Ausschlusskriterien durch Doktoranden des Forschungsprojektes, die eine umfassende Schulung für die verwendeten Instrumente erhielten und über ausreichend klinische Erfahrung in der Diagnostik von Borderline Patienten verfügten.

**Abb. 11:** Überblick über die verwendeten Erhebungsinstrumente im Zeitverlauf

Input-Variablen		Prozess-Variablen	Output-Variablen
T-1	T 0	T 1, T 2	T 3
Einschluss, vor Therapiebeginn	Beginn der Therapie ab 1. genehmigter Sitzung	Therapieverlauf	Nach 1 Jahr Therapie
<ul style="list-style-type: none"> <li>- SKID-I und II</li> <li>- MWT-B</li> <li>- Inhaltliche Erhebung der Patientenziele</li> <li>- Erfassung der Zielerreichung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielerfassung</li> <li>- BSL</li> <li>- FGG</li> <li>- BDI</li> <li>- BSI</li> <li>- LPC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielerfassung im 4-Monats-Abstand</li> <li>- Therapiebeziehung aus Patientensicht (WAI-P) jede Sitzung</li> <li>- Wirkfaktoren retrospektiv zu T3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zielerfassung</li> <li>- BSL</li> <li>- FGG</li> <li>- BDI</li> <li>- BSI</li> <li>- LPC</li> <li>- Therapiezufriedenheit zu T3</li> </ul>

**Anmerkung:** SKID = Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV; MWT-B= Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenz-Test; BSL = Borderline-Symptom-Liste; FGG = Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen; BDI = Beck Depressions-Inventar; BSI = Brief Symptom Inventory; LPC= Lifetime Parasuicide Count; WAI P = Working Alliance Inventory in der Patientenversion (5 Sitzungen gemittelt); Tzuf = Therapiezufriedenheit

Bestand der Verdacht auf BPS, ermittelt über das **MSI-BPD** (The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder, Zanarini et al., 2003), ein schnell handhabbares Instrument mit guter Sensitivität und Spezifität zur Diagnostik der Borderline Persönlichkeitsstörung, erfolgte eine ausführliche Diagnostik ausgewählter psychischer Störungen auf Achse I und II (nach DSM IV).

Hierzu wurde zunächst das **SKID I** (Strukturiertes und Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I, Wittchen et al., 1997) verwendet, anschließend erfolgte die Diagnostik von möglichen Achse-II-Störungen durch das **SKID-II** (Strukturiertes und Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II, Fydrich et al., 1997).

Die Test-Retest-Reliabilität für SKID-I erreicht einen Kappa-Koeffizienten von bis zu .86 (Wittchen et al., 1997), für SKID-II wurde eine  $r_{t/t} = .70$  ermittelt (Fydrich, Schmitz, Hennch, & Bodem, 1996b). Je nach Störung zeigt der SKID-II eine mittelmäßig bis sehr gute prädiktive Validität, speziell für die Borderline Persönlichkeitsstörung einen Wert von  $r = .85$  und damit eine gute prädiktive Validität (Little, 2009).

Zur Ermittlung des allgemeinen Intelligenzniveaus wird der **MWT-B** (Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest von Lehrl, 2005) verwendet, der eine schnelle und einfache Anwendung zulässt und durch seine weitgehende Störungsabhängigkeit bei stark belasteten Patienten Rückschlüsse auf die Ausprägung der allgemeinen Intelligenz zulässt.

### 3.4 Methodologische Herangehensweise der vorliegenden Untersuchung

#### 3.4.1 Mixed-Methodology-Design

Diese Untersuchung folgt einem qualitativ-quantitativen Integrationsmodell als einer Form der Überwindung der Dichotomie qualitativ-quantitativen Denkens. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass qualitative und quantitative Analyse eigentlich gar nicht sauber zu trennen sind und von einem einheitlichen Forschungsprozess auszugehen ist (Mayring, 2001). Vor dem Hintergrund der Fragestellungen wurden sowohl qualitativ erhobene Daten aus Interviews gewonnen als auch quantitativ ermittelte Ergebnisse im Prä-Post-Design. Die vorgenommenen methodischen Schritte zur Verknüpfung dieser Daten werden jeweils beschrieben und begründet, um nicht den Eindruck zu erwecken, Methoden seien „grenzenlos mischbar“ (vgl. Mayring, 2012, S. 35). Im Vordergrund stehen stets die Fragestellung und die zur Verfügung stehenden Daten (ebd.). Mayring (2007b, c, 2010) argumentiert wissenschaftstheoretisch bspw. mit einer dialektischen Herangehensweise, in welcher verschiedene Methodologien als These und Antithese zu einer neuen Synthese führen können, diese kann dann als neue These zu weiteren Antithesen führen. Die vorliegende Arbeit widmet sich nicht nur inhaltlich dem dialektischen Ansatz des untersuchten Therapieverfahrens, sie verfolgt auch auf methodischer Ebene diese Herangehens- und Denkweise.



Für eine bessere Anschaulichkeit werden die einzelnen methodischen Algorithmen vor dem Hintergrund des jeweiligen Fragenkomplexes (vgl. 3. Hauptfragestellungen, Abb. 9) systematisch beschrieben. Teils aus wissenschaftstheoretischen, teils aus praktischen Gründen erforderten die einzelnen Fragestellungen und Erhebungsinstrumente eine methodische Integration, und zwar auf technischer Ebene mittels computergestützter qualitativer Analyse, auf Datenebene durch sowohl induktive Kategorienbildung wie auch deduktive Kategorienanwendung, auf Designebene durch ein Triangulationsmodell und schließlich auf Ebene der Forschungslogik innerhalb eines gemeinsamen Ablaufmodells (vgl. Mayring, 2001).

Die Vor- und Nachteile der jeweiligen methodologischen Ansätze sollen mit diesem Design ausgeglichen werden. Beide Ansätze integrierend, beschreibt Mayring (2007) eine „grundsätzliche Abfolge im Forschungsprozess [...] Von der Qualität zur Quantität und wieder zur Qualität.“ (S. 19).

In welcher Weise diese Schritte in der vorliegenden Untersuchung vorgenommen wurden, soll in nachfolgendem Überblick dargestellt werden.

#### Die Schritte innerhalb der Erhebung der Wirksamkeit der DBT

In der vorliegenden Studie erfolgte zunächst in einem *qualitativen Schritt* eine zunächst offene dann halbstrukturierte Erhebung der subjektiven Sicht der untersuchten Patienten auf die zu erreichenden Therapieziele. In einem nächsten *quantitativen Schritt* wurden zur Untersuchung des Therapieerfolges nach dem ersten Behandlungsjahr die ermittelten individuell benannten Ziele jeweils durch eine visuelle Analogskala operationalisiert. Parallel dazu kamen standardisierte Erhebungsinstrumente (bspw. BDI, BSL, FGG) zur Bestimmung des Therapieerfolges zum Einsatz. Zudem wurde die allgemeine Therapiezufriedenheit auf einer visuellen Analogskala erhoben. Die Patienten wurden nach dem ersten Behandlungsjahr offen nach ihren subjektiv erlebten Veränderungen befragt, ein wiederum *qualitativer Schritt*. Diese subjektiven Angaben zur erlebten Veränderung wurden deduktiv analysiert, wobei das Kategoriensystem der Therapieziele als Kodierleitfaden diente. Die Häufigkeit der Nennungen zu den erlebten Veränderungen in den jeweiligen Hauptkategorien stellt einen weiteren *quantitativen Schritt* dar.

Damit wurden qualitative und quantitative Daten im methodischen Kontext der Datentriangulation (vgl. Mayring, 2007b, S. 32) zusammengeführt und abschließend *qualitativ* zusammenfassend diskutiert.

### Die Schritte innerhalb der Untersuchung der Wirkfaktoren

Ein erster *qualitativer Schritt* bestand darin, eine Pilotstudie durchzuführen, um die Wirkfaktoren innerhalb der DBT zu erfassen. Patienten mit BPS, die in einer stationären Einrichtung (DBT-Station der Charité, Berlin) eine dreimonatige DBT-Behandlung erfuhren, wurden nach der Behandlung hinsichtlich der subjektiv erlebten Wirkfaktoren befragt. Die Befragung orientierte sich an dem eigens für die Studie entwickelten Leitfadeninterview, das mit einer offenen Frage zu den subjektiv erlebten Veränderungen beginnt. Diese Voruntersuchung diente dazu, das Leitfadeninterview zu validieren und weiterzuentwickeln.

In der Hauptuntersuchung wurde dieses Interview dann genutzt, um die subjektiv erlebten Wirkfaktoren zu erheben. Aus diesen wiederum wurde mittels der *qualitativen* Inhaltsanalyse ein Kategoriensystem entwickelt, womit die ermittelten Daten anschließend *quantifiziert*, also die Häufigkeiten der einzelnen Nennungen (der subjektiv erlebten hilfreichen und weniger hilfreichen Therapiefaktoren) erfasst wurden. Die Auswertung statistischer Analysen ermöglichte es dann, High- und Non Responder zu ermitteln und die von diesen Patienten erlebten subjektiven Wirkfaktoren darzustellen. Die kontrastierende Falldarstellung dieser Patienten erlaubte es schließlich, die erhobenen qualitativen wie quantitativen Daten zusammenzuführen. Die Interpretation dieser Ergebnisse stellt dabei einen abschließenden *qualitativen Schritt* dar.

### 3.4.2 Stichprobenbeschreibung

Die nun folgende Stichprobenbeschreibung bezieht sich auf die Gruppe der „Completer“, da die Ergebnisse vorliegender Untersuchung innerhalb dieser Stichprobe ermittelt wurden. Es konnten die Daten aller 47 Teilnehmer überwiegend erfasst werden, die Vollständigkeit der Datensätze wird in den jeweiligen Tabellen aufgeführt.

Es werden zunächst die üblichen deskriptiven, soziodemografischen Daten aufgeführt.

**Tab. 1:** Soziodemografische Merkmale der Stichprobe

Charakteristik	Ausprägung	Kennwert
Geschlecht N (%)	Weiblich	43 (91.5%)
	Männlich	4 (8.5%)
Alter	Mittelwert (SD)	30.1 (8.1)
	Min; Max	16; 53
Familienstand N (%)	Ledig	18 (38.3%)
	in Partnerschaft	29 (61.7%)
Kinder N (%)	Ja	16 (34.0%)
	Nein	31 (66.0 %)
Intelligenzquotient (WST-Wert)	Mittelwert (SD)	100.1 (10.2)
	Min; Max	81; 129
Schulabschluss N (%)	Kein Schulabschluss	1(2.1)
	Hauptschule	4 (8.5)
	Realschule (Mittlere Reife)	28 (59.6)
	Gymnasium	14 (29.8)
Beschäftigungssituation N (%)	Auszubildend/Student/Schüler	8 (17.0)
	Berufstätigkeit	9 (19.1)
	Arbeitslosigkeit	21 (44.7)
	Erwerbsunfähigkeit	9 (19.1)
Dauer der Therapie T0 bis T3	Mittelwert (SD)	386.9 (44.9)
	In Tagen, Min; Max	212; 499
Anzahl Einzeltherapiestunden, exklusive Probatorik	Mittelwert (SD)	35.7 (9.1)
	Min; Max	12; 52

Anmerkung: Darstellung der Ausprägung über Mittelwerte, Standardabweichung (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max)

Die Diagnosen werden nachfolgend entsprechend Achse-I und Achse-II aufgeteilt, wobei frühere und aktuelle Diagnosen zusammengefasst werden. Bei den Achse-I-Störungen wurden F43-Diagnosen separiert, da diesen in der Gruppe der BPS ein besonderer Stellenwert zukommt (bspw. Sack, Sachsse, Dulz, 2011, S.197ff). Ausführlicher wird auf die Verteilung der Diagnosen in der Arbeit von Stecher-Mohr (in prep.) im Rahmen BBV eingegangen. Es können im Durchschnitt 2 zusätzliche Achse-I-Diagnosen in vorliegender Untersuchungsgruppe festgestellt werden, auch auf Achse-II liegen durchschnittlich 2

Diagnosen vor, wobei eine davon die BPS ist. Deutlich gehäufiger kommen in unserer Stichprobe Substanzmissbrauch, affektive und Angststörungen vor. Die Verteilung der BPS-Kriterien wird abschließend aufgeführt.

**Tab. 2:** Häufigkeit der Achse-I und Achse-II-Diagnosen

Diagnosen	Ausprägung	Kennwert
Achse-I Diagnosen N	Mittelwert (SD)	2.3 (1.6)
Gesamt :Aktuell und früher	Min; Max	0; 7
Achse-I Diagnosen nach Störungsgruppen (ICD-10) Früher und Aktuell N (%)	Affektive Störungen F3	35 (74.5)
	Angststörungen (ohne PTBS) F4	24 (51.1)
	PTBS, Anpassungsstörung F43	17 (36.2)
	Substanzmissbrauch F1	29 (61.7)
	Essstörungen F5	17 (36.2)
Achse-II Diagnosen N	Mittelwert (SD)	2.1 (1.1)
Gesamt: inklusive BPS	Min; Max	1; 4
Achse-II Diagnosen im Einzelnen N (%)	Selbstunsichere PS	17 (36)
	Dependente PS	4 (9)
	Zwanghafte PS	2 (4)
	Negativistische PS	4 (9)
	Depressive PS	13 (28)
	Paranoide PS	9 (19)
	Histrionische PS	2 (4)
	Narzisstische PS	3 (6.4)

Anmerkung: Min = Minimum; Max = Maximum; PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung; PS = Persönlichkeitsstörungen

Die Angaben zur Suizidalität und zum selbstverletzenden Verhalten werden nun dezidierter dargestellt, wie sie dem LPC entnommen werden konnten.

In der Vorgeschichte gaben 62 % der Probanden an, mindestens einen Suizidversuch verübt zu haben, wobei Drogen oder Medikamentenüberdosis überwiegend als Mittel genannt werden (98.6% aller angegebenen Suizidversuche).

97.8% geben mindestens eine Selbstverletzung in der Vorgeschichte an, wobei überwiegend das Schneiden oder Ritzen der Haut als angewandte Methode angegeben wird, durchschnittlich 4 Methoden werden genannt.

Zu beachten ist, dass in vorliegender Stichprobe etwa die Hälfte (24 von 47, also 53.3%) angeben, in 4 Monaten vor T0 mindestens eine Selbstverletzung ausgeführt zu haben.

**Tab. 3:** Suizidales und Selbstverletzendes Verhalten bis zum Ersterhebungszeitpunkt

Variable	Ausprägung	Kennwert
<b>Suizidversuche: Vorgeschichte/ Aktuell</b>		
Suizidversuch in der Vorgeschichte	Absolut/ relativ	31 (66 %)
	Min;Max	1;23
Alter bei erstem Suizidversuch	Mittelwert (SD)	18.9 (8.8)
	Min; Max	7; 41
Suizidversuche 4 Monate vor T0	Absolut/ relativ	1 (2.2)
Suizidversuche 4 Monate vor T3	Absolut/ relativ	0 (0)
Mind. eine SVV in der Vorgeschichte	Absolut/ relativ	46 (97.8)
<b>Selbstverletzendes Verhalten: Vorgeschichte/ Aktuell</b>		
Anzahl der SVV-Methoden in Vorgeschichte	Mittelwert (SD)	3.89 (2.1)
	Min; Max	1; 9
Anzahl der SVV-Methoden 4 Monate vor T0	Mittelwert (SD)	1.33 (1.3)
	Min; Max	0-5
Anzahl der SVV's 4 Monate vor T0	Mittelwert (SD)	14.51 (37.9)
	Min; Max	0; 234
Anzahl der SVV's 4 Monate vor T3	Mittelwert (SD)	4.4 (19.2)
	Min; Max	0; 129
Anmerkung: SVV= selbstverletzendes Verhalten		

### 3.4.3 Diskussion der Stichprobe: Einordnung in die bisherige Befundlage

Obwohl bislang von hohen Abbrecherquoten in der Behandlung der BPS berichtet wurde (Bohus, 2009) fanden Barnicot et al. (2010) inzwischen in ihrer systematischen Meta-Analyse zu diesem Thema Raten von 71% in Therapie bleibender Patienten in Behandlungen, die mindestens 12 Monate dauerten. Eingeschlossen wurden dabei jedoch nur Therapieformen, die sich als effektiv erwiesen. Die Abbruchquote von 28.8%, damit 71.2% in Therapie verbliebener Patienten in vorliegender Untersuchung entspricht exakt dieser ermittelten Zahl und kann als ebenso erfolgreich gewertet werden, wie die bislang effektivsten Therapieformen zur Behandlung der BPS. Die DBT verweist auf Raten zwischen 7-23 % (Doering et al., 2011, S.841), außer einer Studie von Linehan et al. (1999), die 42 % Abbrecher bei komorbid substanzbezogenen Störungen feststellt. In der ähnlich gelagerten Versorgungsstudie unter deutschen Regelversorgungsbedingungen von Friedrich et al. (2003) wurde eine Einjahresabbruchquote von 12 % verzeichnet.

Mit einem Durchschnittsalter von 30.5 (SD=8.21) lässt sich vorliegende Stichprobe im Zwischenbereich vorliegender deutscher Studien ansiedeln (33 bei Friedrich et al., 2003, 28 bei Bohus et al., 2000, 2001). Mit 61.7% sind deutlich mehr Patienten in Partnerschaft lebend

als in o.g. Studien, mit 38.3 % sind vergleichsweise weniger Patienten alleinstehend (58% bei Friedrich et al., 2003). Mit 34 % hatten die hier untersuchten Patienten ähnlich häufig Kinder (30% bei Friedrich).

Störungsbezogen verweist ein Mittelwert von 5.3 Kriterien, die mittels Skid II erfasst wurden, auf eine weniger symptombelastete BPS-Gruppe (6.3 durchschnittlich erfüllte Kriterien in der darmstätter Netzwerk-Studie, 6.7 bei Bohus et al., s.o.). Ähnlich verteilt sind die Achse-I-Störungen im Vergleich mit der darmstätter Netzwerk-Studie: in Lebenszeit lassen sich 74.5% affektive Störungen (vs. 70%) feststellen, 51.1% Angststörungen (49%), der Substanzmissbrauch ist in vorliegender Gruppe höher mit 61.7% (vs. 49%), dagegen ist der Anteil der Essstörungen geringer 36.2% (vs. 55%).

Bei 12% der BPS-Patienten in der darmstätter Studienpopulation wurde eine weitere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, wohingegen in der BBV-Gruppe bei 66% der Patienten eine zusätzliche Achse-II-Störung diagnostiziert wurde.

Die Rate der Selbstverletzungen liegt in der BBV-Gruppe mit 97.8% in Lebenszeit etwas höher als in der darmstätter Gruppe (95%). Etwa die Hälfte (53.3%) der BBV-Patienten verletzte sich 4 Monate vor Therapiebeginn noch mindestens einmal (vs. 47% ab und zu und 40% häufiger als 14-tägig). Auch die Suizidversuche in der Vorgeschichte sind etwas höher in vorliegender Gruppe mit 62.2% (vs. 58%).

Die Generalisierbarkeit vorliegender Befunde und damit Übertragbarkeit auf bisherige Studien ist eingeschränkt. Die Befunde von Linehan beziehen sich vorwiegend auf suizidale, sich selbst verletzende Frauen. In vorliegender Studie sind zwar überwiegend Frauen inkludiert, jedoch zeigt sich lediglich die Hälfte noch selbstverletzend bei Aufnahme in die Therapie. So sind die Daten am besten noch mit der naturalistischen Studie von Friedrich et al., 2003 vergleichbar, denn auch im stationären Kontext (vgl. die Arbeiten von Bohus et al.) sind verhältnismäßig schwerere, dafür weniger chronische symptomatische Verläufe zu beobachten (Friedrich, et al., 2003).

## 4. Wirksamkeit DBT-orientierter Behandlung

### 4.1 Methodologische Herangehensweise

#### 4.1.1 Fragestellungen und Hypothesen

##### *4.A Individuelle Therapieziele VOR Therapiebeginn, WÄHREND und NACH einem Jahr Therapie*

###### *4.A.1 Welche Therapieziele formulieren Borderline PatientInnen vor Beginn ihrer ambulanten Therapie und damit unabhängig vom Therapeuten?*

Diese offene, qualitative Fragestellung erlaubt keine Formulierung von Hypothesen.

###### *4.A.2 Zielerreichung nach einem Jahr Therapie*

Hypothese: Die Patienten geben nach einem Jahr Therapie signifikant höhere Werte in der durchschnittlichen Zielerreichung über alle Zielkategorien hinweg an, als zu allen anderen Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3.

###### *4.A.3 Patientenzielerreichung nach einem Jahr Therapie, getrennt nach den ermittelten Zielkategorien*

Hypothese: Die Patienten geben nach einem Jahr Therapie signifikant höhere Werte in den einzelnen Zielkategorien an, als zu allen anderen Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3.

##### *4.B Störungsspezifische Veränderungen standardisierter Erhebungsinstrumente*

Es lassen sich störungsspezifische Veränderungen feststellen, indem sich folgende Maße reduzieren:

- Depressivität (BDI)
- Borderline-Symptomatik (BSL)
- allgemeine Symptombelastung (BSI)
- borderline-typische Gedanken und Gefühle (FGG)
- Selbstverletzungen (LPC)
- Selbstverletzungsmethoden (LPC)
- Suizidalität/ Suizidversuche (LPC)

##### *4.C Zufriedenheit und Veränderungen aus Patientensicht*

###### *4.C.1 Wie ausgeprägt ist die allgemeine Therapiezufriedenheit nach dem ersten Therapiejahr?*

Hypothese: Die Patienten sind im Allgemeinen nach einem Jahr Therapie im Durchschnitt zufrieden mit ihrer Therapie.

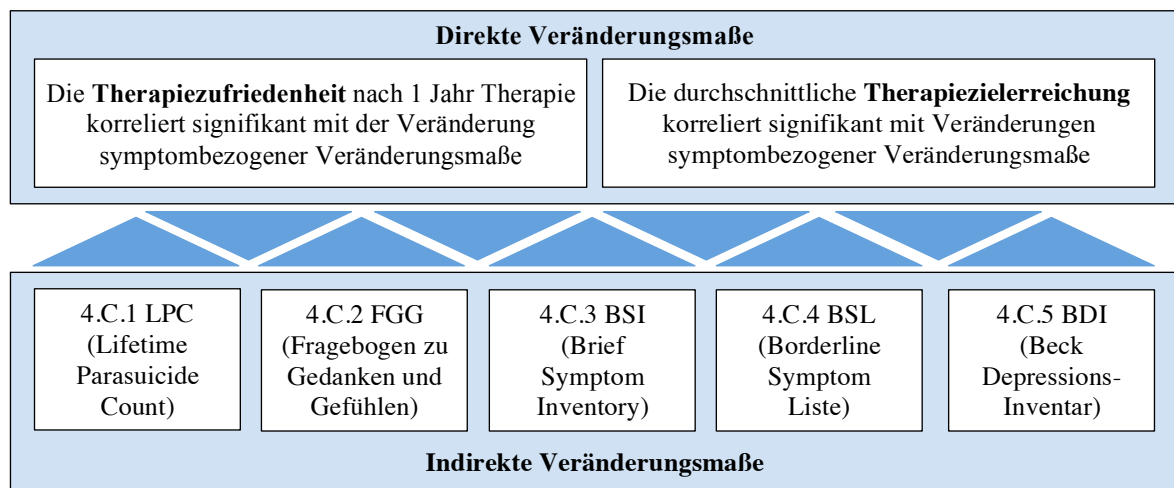
#### 4.C.2 Welche individuellen Veränderungen berichten Patienten nach einem Jahr Therapie?

Korrespondieren die berichteten subjektiven Veränderungen aus Patientensicht nach einem Therapiejahr mit dem Kategoriensystem „Individuelle Patientenziele“ zu Erhebungsbeginn? Wie häufig werden die einzelnen Kategorien zur individuell erlebten Veränderung von den Patienten benannt?

#### 4.D Zusammenhang direkter und indirekter Therapieerfolgsmaße

Hypothese: Direkte Veränderungsmaße (Therapiezufriedenheit und Therapiezielerreichung) stehen im Zusammenhang mit indirekten Veränderungsmaßen:

**Abb. 12:** Zusammenhang: Direkte und Indirekte Veränderungsmaße



#### 4.1.2 Untersuchungsdesign

Von den 97 eingeschlossenen Patienten (vgl. Abb. 10 BBV Flow Chart) konnten 94 Patienten dazu befragt werden, welche Therapieziele sie im Verlauf der Behandlung erreichen möchten. Diese Befragung wurde VOR Beginn der Zuweisung zu einem Therapeuten durchgeführt. Durchschnittlich 3 Ziele pro Patient wurden dabei erfasst, damit lagen 278 Einzelziele zur Analyse vor. Im Verlauf des ersten Therapiejahres wurden die Patienten dann im Abstand von vier Monaten gebeten, ihre geschätzte jeweilige Zielerreichung pro Zielkategorie auf einer visuellen Analogskala zu markieren. Störungsspezifische Veränderungen wurden mit standardisierten (bis auf LPC) Erhebungsinstrumenten, die im Rahmen DBT-Ergebnisforschung üblicherweise heran gezogen werden, erfasst. Hierzu gab es jeweils eine Messung zum Therapiebeginn T0 und nach einem Jahr Therapie T3. Darüber hinaus sollten



die Therapieergebnisse direkt aus Sicht der Patienten erfasst werden, indem nach einem Jahr Therapie die allgemeine Therapiezufriedenheit erfragt wurde, ebenfalls erfasst über eine visuelle Analogskala. Zudem wurden 30 Patienten offen befragt, inwiefern sie überhaupt Veränderungen bemerkten und wenn ja, welche Veränderungen sie erlebten. Sollten sie keine Veränderungen bemerkt haben, wurde die Frage nach nicht erfüllten Erwartungen gestellt. Diese Aussagen wurden dann deduktiv dem Kategoriensystem der Therapieziele zugeordnet. Abschließend wurde geprüft, inwiefern die direkten und indirekten Erhebungen Zusammenhänge aufweisen. Nachfolgend soll ein Überblick über die methodische Herangehensweise gegeben werden mit Verweis auf die jeweilige Stichprobe und Fragestellung. In Kapitel 4.1.3 schließt sich dann die ausführliche Beschreibung aller Erhebungsinstrumente für Fragestellung 4 an.

**Tab. 4:** Überblick: Methodischer Algorithmus zur Beantwortung der Fragestellung 4

Stichprobe	Methodologische Herangehensweise	Hauptfragestellung
N = 94 Pbn. á 3 Ziele entspricht N = 278 Einzelziele	Kategoriensystem individueller Therapieziele: Qualitative Inhaltsanalyse der Therapieziele	Frage 4.A.1
N = 47 Completers	Therapiezielerreichung nach einem Jahr Therapie: Quantitative Analyse der Therapiezielerreichung mittels visueller Analogskala, anschließend Veränderungsanalysen (Varianzanalyse und t-Test)	Frage 4.A.2
N = 47 Completers	Abbildung störungsspezifischer Veränderungen Veränderungsanalysen über die Differenzwerte zu den Messzeitpunkten T0 -T3 der jeweiligen Messinstrumente BDI, FGG, BSL, BSI und LPC (Varianzanalyse und t-Test)	Frage 4.B
N = 47 für die Therapiezufriedenheit und N = 28 für die individuell wahrgenommenen Veränderungen	Erfassung von Erfolg und Misserfolg aus Patientensicht. Deskriptive Darstellung der allgemeinen Therapiezufriedenheit mittels visueller Analogskala Qualitative Inhaltsanalyse der Interviewangaben zu individuellen Veränderungen aus Patientensicht: deduktive Ermittlung eines Categoriesystems und Ermittlung der Anzahl der jeweiligen Nennungen	Frage 4.C
N = 47 Completers	Zusammenhang störungsspezifischer Veränderungen und Therapiezielerreichung: Zusammenhangsanalysen aller quantitativ ermittelten Therapieergebnismaße: Therapieziele, Therapiezufriedenheit, BDI, BSL, FGG, BSI, LPC (Korrelation und multiple lineare Regression)	Frage 4.D

### **4.1.3 Operationalisierung der Variablen symptombezogener Erhebungsinstrumente bzw. indirekter Veränderungsmessung**

#### **4.1.3.1 LPC**

Das Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten („Lifetime Parasuicide Count“, LPC) ist ein strukturiertes Interview zur Erfassung suizidaler und selbstverletzender Verhaltensweisen und wird in zahlreichen Studien zur Evaluation der DBT (vgl. Kap. 2.3.4.1) eingesetzt. Zwei bislang unveröffentlicht gebliebene Versionen (1994 und 1999) liegen vor, wobei, bis auf eine erste Pilotstudie von Flores (2001) an 30 männlichen erwachsenen Gefängnisinsassen, noch keine Befunde zu Gütekriterien vorliegen. In vorliegender Untersuchung wurde die von der Freiburger Borderline-Projektgruppe erstellte unveröffentlichte deutsche Fassung des Lifetime Parasuicide Count (Comtois & Linehan, 1999) genutzt. Es werden Suizidversuche und Selbstverletzungen im Verlauf des Lebens erfragt, zudem die Absicht, bspw. suizidal, nichtsuizidal, ambivalent. Die Häufigkeit bezieht sich bei der Befragung auf die Zeit von vor 2, 3, 4, 5 und 6 Monaten sowie für die letzten 2 Jahre, z.T. separat für jeden zurückliegenden Monat im zum Messzeitpunkt relevanten Viermonatszeitraum. Auch die Behandlungsbedürftigkeit wird erfasst. Benannte Methoden sind dabei Schneiden, Stechen, Drogen/Medikamente, Verbrennen, Strangulieren oder Erhängen, Hinabstürzen, Schießen, giftige Substanzen, Ersticken, Ertränken, Kopfstoßen und sonstige.

#### **4.1.3.2 Borderline Symptom Liste**

Mit der Borderline Symptom Liste (BSL, Bohus et al., 2001, basierend auf dem Revised Diagnostic Interview for Borderlines DIB-R von Zanarini et al., 1989) liegt eine störungsbezogene Beschwerdeliste in Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens vor.

Dabei werden die subjektiv erlebte Beeinträchtigung und der Schweregrad der Gesamtsymptomatik (Bohus et al., 2007) erfasst. Inhaltlich an die Kriterien des DSM-IV angelehnt, besteht die Liste aus 95 Items, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala (0 = überhaupt nicht, 4 = sehr stark) eingeschätzt werden und die sich in sieben Unterskalen summieren lassen: *Selbstwahrnehmung*, *Affektregulation*, *Autoaggression*, *Dysphorie*, *Soziale Isolation*, *Intrusionen* und *Feindseligkeit* (Bohus, et al., 2007; Bohus, et al., 2001). Der Gesamtwert der BSL erlaubt eine Unterteilung des Schweregrads der Borderline-Symptomatik. Ein Gesamtwert von 0-163 weist auf eine leichte, 164-227 auf eine mittlere und 228-380 auf eine schwere Ausprägung hin (Bohus, et al., 2001).

In einer Untersuchung von Bohus und Schmahl (2007) zeigte die BSL eine sehr hohe interne Konsistenz von Cronbach's  $\alpha = .97$ , die Werte der Subskalen reichten von  $\alpha = .80$  bis  $\alpha = .94$ , was auf gute bis sehr gute interne Konsistenz der Subskalen schließen lässt (Field, 2009). Im Vergleich mit anderen klinischen Skalen wies die BSL eine gute konvergente und diskriminante Validität auf. Auch die Retest-Reliabilität von  $r = 0.80$  ist überzeugend.

#### **4.1.3.3 Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen**

Der Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen (FGG, Renneberg, et al., 2005; Anhang 2.2.4) ist ein Selbstauskunftsfragebogen zur Erfassung von Borderline-spezifischen Grundannahmen und handlungsleitenden Kognitionen (Renneberg & Seehausen, 2010).

Der FGG konnte an verschiedenen klinischen und nicht-klinischen Stichproben erprobt werden und zeigte eine gute interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = .97$ ) und Test-Retest-Reliabilität ( $r_{t/t} = .96$  ( $p < .01$ ) für die BPS-Stichprobe), eine hohe konvergente und sehr gute diskriminante Validität. Die Langform des FGG-37 umfasst 37 Items, die mittels fünfstufiger Likert-Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu, 5 = stimme vollkommen zu) erhoben werden. Der Cut-Off Wert für eine BPS beträgt  $M \geq 3.1$ . In einer klinischen Untersuchung fand man einen Mittelwert von  $M = 3.83$  ( $SD = 0.63$ ) für Borderline-Patienten,  $M = 2.43$  ( $SD = 0.68$ ) für eine klinische Vergleichsgruppe und  $M = 1.99$  ( $SD = 0.53$ ) für eine nicht klinische Vergleichsgruppe (Renneberg & Seehausen, 2010).

#### **4.1.3.4 Beck-Depressions-Inventar**

Das Beck Depressions Inventar (BDI, in der deutschen Fassung von Hautzinger et al., 1994, Erstfassung von Beck et al., 1961) wurde hinzu gezogen, da depressive Symptome häufig im Rahmen der Borderline Störung beobachtet werden. Es erfasst die Schwere depressiver Symptomatik, vor allem kognitive Auffälligkeiten, Becks Theorie der Depression folgend. So werden überwiegend Beschreibungen der affektiven, kognitiven und somatischen Symptomebene heran gezogen. Der BDI weist gute psychometrische Merkmale auf, die wiederholt bestätigt wurden. Der Fragebogen besteht aus 21 Items mit jeweils vierstufigen Ausprägungen (0 = nicht vorhanden, 3 = starke Ausprägung). Ein Summenwert von 0-8 bedeutet, dass 1 keine Depression, 9-13 eine minimale, 14-19 eine leichte, 20-28 eine mittelschwere und zwischen 29-63 eine schwere Depression vorliegt (Hautzinger, et al.,

1995). Der BDI zeigt eine hohe Reliabilität und eine interne Konsistenz zwischen von Cronbachs  $\alpha = .74$  bis  $\alpha = .92$  und eine Test-Rest-Reliabilität .

#### 4.1.3.5 *Brief Symptom Inventory*

Das *Brief Symptom Inventory* (in deutscher Fassung von Franke, 2000) wurde ursprünglich von Derogatis (1983) als Kurzform der SCL-90-R konzipiert. Als Selbstauskunftsfragebogen dient diese 53-Item Version der Erfassung klinisch relevanter, psychischer Symptome.

Die Items werden anhand einer fünfstufigen Likert-Skala (0 = überhaupt nicht, 4 = sehr stark) erhoben und beziehen sich auf die letzte Woche vor der Testung.

Einer der dabei meist genutzten Kennwerte ist der *Global Severity Index* (GSI), der die grundsätzliche psychische Belastung abbildet. Die neun Unterskalen unterteilen sich in *Somatisierung*, *Zwanghaftigkeit*, *Unsicherheit im Sozialkontakt*, *Depressivität*, *Ängstlichkeit*, *Aggressivität/Feindseligkeit*, *Phobische Angst*, *Paranoides Denken* und *Psychotizismus*. Die Unterskalen des BSI weisen eine befriedigende interne Konsistenz von  $\alpha = .70$  bis  $\alpha = .89$  und der GSI ein Cronbachs  $\alpha = .96$  auf (Derogatis, 2000; Geisheim et al., 2002). Die Test-Retest-Reliabilität des GSI wies ein  $r_{t/t} = .90$  auf (Franke, 2002).

#### 4.1.4 Direkte Veränderungsmessung

Da es bislang kein evaluiertes Erhebungsinstrument, speziell für Menschen mit einer Borderline Störung gibt, wurde für vorliegende Studie ein teilstrukturiertes Interview konzipiert („Erfassung der BPS-Patientenziele“, Anhang 1.1.2). Zunächst soll nachfolgend das qualitative Vorgehen zur Erhebung der Patientenziele beschrieben werden, anschließend wird auf die Überführung dieser Ziele in quantifizierbare Analysen der Zielerreichung eingegangen.

##### 4.1.4.1 *Qualitative Erhebung der Patientenziele*

Von Bedeutung ist, dass die Patientenziele noch VOR Beginn der Therapie, damit noch VOR Zuweisung zu einem Therapeuten erfragt wurden. In diesem Zusammenhang verweisen Berking, Dreesen und Jakobi (2004) auf die Wichtigkeit, Therapieziele so früh wie möglich zu erheben, damit der Therapeuteneinfluss auf die Definition dieser so wenig wie möglich zum Tragen kommt, da die theoretische Ausrichtung der Therapeuten einen bedeutenden Einfluss auf die Therapieziele der Patienten ausübt (Ambühl & Orlinsky, 1997; Berking et al., 2004,

Davison et al., 2002). Als Vorgehensweise wird das sowohl freie, als auch leitfadengestützte Formulieren der Ziele durch die Patienten gewählt (vgl. Heuft, 1998, Heuft et al., 1996). Ein Kritikpunkt dabei ist, dass die Erhebung auch von der Verbalisierungsfähigkeit des Patienten abhängig ist (Frank, 2007). Um diesen Nachteil auszugleichen, wird eine halbstrukturierte Interviewform gewählt. In einem ersten Schritt erlaubte das Interview eine offene Befragung, um den Patienten die Möglichkeit zu geben, Ziele möglichst frei zu formulieren. Es wurde nach drei möglichen Zielen für die Therapie gefragt, die im ersten Therapiejahr erreicht werden sollen. Diese Ziele sollten jeweils mit einer individuell formulierten Überschrift vom Patienten versehen werden, welche das Ziel in ein bis drei Worten gut umschreibt. Das Interview bot vorgegebene Kriterien, um diese Ziele dann, in einem halbstrukturierten Vorgehen, so umfassend wie möglich und damit operationalisierbar, zu beschreiben. Zielkriterien sind dabei zugehörige Gedanken, Gefühle, Verhalten, damit zu realisierende Werte, Auswirkungen auf das Umfeld, Messbarkeit und sekundärer Krankheitsgewinn über die Frage, was verloren ginge, würde dieses Ziel erreicht (vgl. „S(innesspezifische), M(essbare), A(ttraktive), R(ealistische), T(erminierbare) Ziele)<sup>15</sup>. Bei Verständnis- und Verbalisierungsproblemen bei den erfragten, zugrunde liegenden Werten eines Zieles konnten die Diagnostiker Beispiele benennen. Bei diesem Vorgehen werden die Patienten angeregt, ihre Ziele zu reflektieren und sowohl die Vorteile als auch die Nachteile realitätsnah zu betrachten (Kanfer, et al., 2006), was eine klare Formulierung begünstigt (Ambühl & Strauß, 1999a). Da (Therapie-) ziele gemeinhin veränderlich sind (Caspar, 1999), soll dieses Vorgehen helfen, auch bei einer späteren Zielerfassung als Erinnerungshilfe zu dienen. Annäherungsziele werden durch die Einleitung der Befragung fokussiert. Die Formulierung der Fragestellung erfolgte in Anlehnung an Verfahren zur Therapiezielerhebung, wie sie auch im psychotherapeutischen Kontext zur Anwendung kommen, bspw. bei der Entwicklung „wohlgestalteter Ziele“ (Jänicke in Fliegel, 2007 vgl. Koban & Willutzki, 2001, S. 225f, Willutzki & Koban, 1996, S. 5ff) und bezieht sich auf verschiedene Theorien der kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Kanfer, et al., 2006, S. 235ff; Wittchen & Hoyer, 2006, S. 749f). Die

.....

<sup>15</sup> Die S.M.A.R.T.-Regel wurde erstmals von Drucker (1956) im Bereich der Wirtschaft benannt und soll die Gültigkeit von Zielsetzungen überprüfen. Seither können zahlreiche Adaptationen dieser Methode auch im Bereich Coaching (bspw. im NeuroLinguistischen Programmieren nach Bender und Grinder) und Psychotherapie (bspw. Jänicke in Fliegel, 2007) verzeichnet werden. Ursprünglich werden folgende Parameter benannt: **S**pezifisch (im Gegensatz zu allgemein), **M**essbar (Quantität/Qualität), **A**traktiv (lohnend/herausfordernd), **R**ealistisch (machbar unter den gegebenen Voraussetzungen), **T**erminiert (zeitlich fixiert)

Befragten hatten die Möglichkeit, die gewählte Zielüberschrift zu ändern, wenn ihnen bei der weiteren, detaillierten Befragung des Zieles auffiel, dass der Schwerpunkt in einem anderen Zielbereich liegt.

#### **4.1.4.2     *Quantitative Erhebung der Patientenzielerreichung***

Die von den Patienten benannten Ziele wurden nach ihrer Formulierung auf ein gesondertes Blatt übertragen. Jedes Ziel war versehen mit einer visuellen Analogskala. Die Patienten kreuzten zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten (T0, T1, T2, T3) an, inwiefern diese Ziele aus subjektiver Sicht erreicht wurden. Dazu stellte eine 100 mm Linie ein Kontinuum dar ohne weitere Markierungen zwischen den verbalen Ankern „erreicht“ und „nicht erreicht“.

Dieses Kontinuum wird gezielt nicht kategorial definiert (Funke, 2004), damit der Patient zu jedem weiteren Zeitpunkt seine Positionierung im Verhältnis zu den vorherigen Nennungen wählen kann (VA als Verhältnisskala). Befunde verweisen auf höhere Sensitivität wenn keine Markierungen vorgenommen werden (Murphy et al., 1988). Ein großer Vorteil der VAS ist der hohe Auflösungsgrad, der sehr feine Urteilsabstufungen bietet (Duncan et al., 1989, Flynn et al., 2004) und signifikante Unterschiede in Verteilungen sehr gut bestimmen kann (Aitken, 1969). Befunde zu den Gütekriterien der VAS verweisen auf eine Test-Retest-Reliabilität von bis zu  $r_{(t/t)} = .99$  (Wewers & Lowe, 1990), eine hohe Validität (Funke, 2004, S. 13) und vergleichsweise hohe Veränderungssensitivität (Grant et al., 1999), insbesondere bei fehlenden Markierungen (Funke, 2004). Die Erfassung der Zielerreichung bereits vor Beginn der Zuweisung zum Therapeuten würdigt den Einfluss von Patientenmerkmalen und bisherigen eigenen Bemühungen zur Erreichung von Zielen und bildet gleichzeitig eine solide Baseline, um im weiteren Verlauf Veränderungsschritte und die Differenz zum Ausgangswert abbilden zu können. Die oben beschriebene ausführliche Erfassung von einzelnen Zielkriterien, über die reine Verhaltens- oder Gedankenebene (siehe GAS) hinaus, ermöglicht dabei eine höhere Veränderungssensitivität in der Evaluation der Ziele.

Durch dieses Vorgehen sollen die Nachteile des Goal Attainment Scaling (GAS) ausgeglichen werden, bei dem Ziel- und Bedeutungsveränderungen nicht erfasst werden und auch weitere konzeptionelle Schwierigkeiten bestehen (vgl. Kordy et al., 1999).

#### **4.1.4.3     *Erhebung der Therapiezufriedenheit***

Bei der Erfassung der allgemeinen Therapiezufriedenheit konnte auf kein reliables, valides Instrument zurückgegriffen werden. Bisherige Zufriedenheitsbögen wurden an die

Gegebenheiten stationärer psychiatrischer Aufenthalte oder Behandlungen in Ambulanzen angepasst. Die allgemeine Zufriedenheit mit der Therapie sollte in vorliegender Studie vor dem Hintergrund tatsächlich erlebter Veränderungen oder fehlender Veränderungen und möglichen Wirkfaktoren verstanden werden. Dazu wurde eine visuelle Analogskala (sehr zufrieden bis sehr unzufrieden) am Ende eines Fragebogens zu den möglichen Wirkfaktoren (Einzeltherapie, Fertigkeitentraining, eigene Anteile und Umfeld) platziert. Die Frage nach der allgemeinen Zufriedenheit bezog sich damit auf Veränderungen, die ggf. gemacht wurden und sich auf diese Therapieelemente beziehen. Die Patienten wurden gebeten auf einem Kontinuum ohne Markierung zwischen den verbalen Ankern (unzufrieden bis sehr zufrieden) ein Kreuz zu setzen. Die Werte wurden dann auf einer 100 mm- Linie mit einer Nachkommastelle erfasst.

**Abb. 13:** Zufriedenheitsmessung, Beispiel



#### **4.1.4.4 Erhebung der individuellen Veränderungen aus Patientensicht**

Ähnlich konzipiert wie das Change Interview von Elliott (2001), wurden in einem qualitativen Interview (Anhang 1.1.3: Interviewleitfaden\_Veränderungen und Wirkfaktoren) 28 Patienten gefragt, ob nach dem ersten Therapiejahr Veränderungen bemerkt wurden und wenn ja, welche.

Diese Frage nach den erlebten Veränderungen wurde offen formuliert und bildete einen Erzählanreiz, der zugleich den Ausgangspunkt für die anschließend erfragten Wirkfaktoren im Therapieprozess bildete (vgl. 5.1.4).

Sollte keine Veränderung bemerkt worden sein, wurde nach den Erwartungen und Wünschen gefragt, die subjektiv nicht erfüllt wurden. Die Aussagen wurden per Tonbandgerät aufgenommen und anschließend transkribiert, um sie inhaltsanalytisch untersuchen zu können.



#### 4.1.5 Statistische Verfahren

##### 4.1.5.1 *PC-unterstützte Umsetzung der Analysen*

Die statistischen Analysen wurden überwiegend mit SPSS Statistics 20.0 (IBM Corporation, SPSS 20.0, 2010) durchgeführt. Die Analyse der CFA erfolgte mit „MPlus Version 6.11“ (Muthén & Muthén, 2010). Für die qualitativen Analysen und die Überführung in quantitative Daten wurde MAXQDA 10, die derzeit neueste Version des Daten- und Textanalyseprogramms (Verbi Software, 2011), heran gezogen (Veranschaulichung im Anhang 1.4.4). Die grafischen und tabellarischen Darstellungen wurden mit „SPSS 20.0“ und „Microsoft Office 2010“ (MS Office Home and Student, 2010) angefertigt.

##### 4.1.5.2 *Deskriptive Ergebnisse*

Die Ermittlung der deskriptiven Ergebnisse erfolgte durch Darstellung der Mittelwerte, Ranges und Standardabweichungen. Die Normalverteilungsannahme wurde mit dem Shapiro-Wilk-Test geprüft, die Varianzhomogenität mit dem Levene-Test bei einem Signifikanzniveau von  $\alpha = .05$  (2-seitig).

##### 4.1.5.3 *Veränderungsanalysen*

Die Veränderungsanalysen, in denen die Patientenzielerreichung im Fokus stand (Fragestellung 4A), wurden mit Hilfe von Varianzanalysen mit Messwiederholung gerechnet. Zusätzlich wurden die Messzeitpunkte im Therapieverlauf mit dem letzten Messwert zu T3 durch Kontrastberechnungen verglichen (Eid, et al., 2010, Bühl, 2010). Die Sphärizität wurde mit dem Mauchly Test getestet, womit die Annahme, die Varianz sei in allen Bedingungen gleich, getestet wurde (Field, 2009), als Voraussetzung der ANOVA. Das Effektstärkemaß  $\omega^2$  des Omnibus-Tests der Varianzanalysen gilt als der erwartungstreueste Schätzer (Eid, et al., 2010; Field, 2009, Formel siehe Anhang 2.4). Nach Kirk (1996) gilt ein  $\omega^2 = 0.010$  als kleiner, ein  $\omega^2 = 0.059$  als mittlerer und ein  $\omega^2 = 0.138$  als großer Effekt. Das partielle Effektstärkemaß  $\eta_p^2$  für die Kontraste gibt eine Aussage über das Maß an Varianzaufklärung, welches ausschließlich durch diese Variable aufgeklärt wird (Eid, et al., 2010; Field, 2009; Olejnik & Algina, 2003). Die störungsspezifischen Messinstrumente wurden mit multiplen t-Tests für abhängige Stichproben als multiple Paarvergleiche geprüft. Das Effektstärkemaß ist eine gepoolte Variante von Cohens  $d$ , die für vorliegende Untersuchung gewählt wurde, da es



keine Kontrollgruppe gibt (Geisheim, et al., 2002; Hahlweg, 2000). Eine Effektstärke  $d$  bis 0.39 ist dabei als klein,  $d$  ab 0.4 ist als mittel und  $d$  größer 0.8 ist als groß zu interpretieren (Hartmann, Herzog, & Drinkmann, 1992).

#### **4.1.5.4 Zusammenhangsanalysen**

Zusammenhänge zwischen den indirekten und direkten Veränderungsmessungen zu Therapiebeginn (T0) und nach einem Jahr Therapie (T3) wurden zunächst mittels Korrelation nach Pearson, bzw. Spearman berechnet. Anschließend wurden dann Zusammenhangsanalysen mittels Partialkorrelation berechnet. Als Kontrollvariable wurde der Ausgangswert des jeweiligen Outcomemaßes (LPC, BSL, FGG, BDI, BSI) zu T0 verwendet, somit auspartialisiert. Dies war lediglich für die Therapiezufriedenheit nicht möglich, da es hierbei um eine retrospektive Einschätzung der Therapie nach einem Jahr ging, ohne Eingangswert.

#### **4.1.6 Qualitative Inhaltsanalyse**

Es ließen sich alle Nennungen zu den Patientenzielen mittels zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring, 2008) induktiv reduzieren. Die Schritte Paraphrasierung, Generalisierung und Reduktion folgten einem intersubjektiv nachvollziehbaren, systematischen und regelgeleiteten Vorgehen (vgl. Mayring, 2003, Mayring & Brunner, 2006, Mayring, 2007).

An dieser Stelle sei auf die im Rahmen dieser Dissertation betreute Diplomarbeit von Herrnleben-Kurz (2000) verwiesen. Die einzelnen Analyseschritte können dort nachvollzogen werden. Das BIT-T (Grosse Holtforth & Grawe, 2002, Anhang 1.3.1) diene zunächst als Grundlage, um die genannten Patientenziele in einem ersten Durchgang einzuordnen. Ziel war es zu prüfen, inwiefern eine deduktive Kategorienanwendung mit Hilfe des BIT-T ausreichend und sinnvoll sein kann. Mit seiner hohen Reliabilität und Exhaustivität als notwendige Gütekriterien für die Entwicklung von Taxonomien (ebd.) erwies sich dieses Instrument im stationären wie ambulanten Bereich als sehr hilfreich (Gerhards, 2008, Grosse Holtforth et al., 2004) über verschiedene Störungsgruppen hinweg. Bei der Zuordnung der erhobenen Ziele zu den Kategorien dieser Taxonomie musste jedoch ein Informationsverlust hinsichtlich der Störungsspezifität der untersuchten BPS- Patienten auf Ebene der Hauptkategorien verzeichnet werden, wie nachfolgende Beispiele zeigen.

Der Zuordnung des BIT-T folgend ist bspw. *Gefühlsregulation* Teil der Hauptkategorie *Selbstentwicklung*, das Erleben von **Trauer und Alleinsein** gehört zur Hauptkategorie *Interpersonale Ziele, Suizidalität und Selbstdestruktives Verhalten* werden – ebenfalls nachvollziehbar – der Hauptkategorie *Problem- und Symptombewältigung* zugeordnet. Bei einer stärker theoriegeleiteten Analyse wäre der BIT-T ein sinnvolles Instrument zur Festlegung eines Kodierleitfadens gewesen. Da jedoch noch keine Befunde zu den Therapiezielen, speziell für Menschen mit einer BPS, vorliegen, wurde letztlich das induktive Verfahren der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt.

Zugunsten einer störungsspezifischen Darstellung der Ziele wurde daher in der vorliegenden Untersuchung auf eine einheitliche Abstraktionsebene, wie sie das BIT-T zeigt, verzichtet.

Es wurde in induktiven Analyseschritten ein für die vorliegende Patientengruppe spezifisches Kategoriensystem abgeleitet, das die Kriterien der Exhaustivität, Exklusivität und Genauigkeit erfüllt. Die einzelnen Analyseschritte werden im Anhang 1.3.2 beispielhaft für jede Hauptkategorie dargestellt.

Dabei paraphrasierten die Diagnostiker erstmalig bereits bei der Erhebung die Patientenangaben, indem sie deren Äußerungen möglichst wortwörtlich notierten. Nach der Transkription dieser Paraphrasen wurde in einem nächsten Schritt eine Generalisierung angestrebt. Dabei galt die von den Patienten gewählte Überschrift des benannten Zieles als analyseleitend. Dieser Fokus war bedeutsam, da die Ziele miteinander in Beziehung stehen können. Im unten aufgeführten Beispiel (Tabelle 5) benennt bspw. eine Patientin das Ziel, „mehr Stabilität in Bezug auf eigene Gefühle und das Selbstbild bekommen“ zu wollen. Diese erste Zielformulierung wählt sie als Überschrift und damit als Kernaussage. Die anschließenden Fragen helfen dabei, die Patientin anzuregen, unterschiedliche Erlebnisebenen ihres Zieles zu reflektieren. Dabei zeigen sich, neben weiteren Aspekten zum Thema Gefühlsregulation, auch Zusammenhänge zu Symptomen wie „Alkoholexzessen“ und Ziele im Bereich zwischenmenschlicher Fertigkeiten wie „mehr Kontakt zu anderen aufbauen, mich mehr zeigen, mich involvieren“. In einem anderen Beispiel wählte ein Patient die Zielüberschrift und damit das Hauptanliegen „Selbstverletzungen minimieren“ (vgl. Tabelle 1.3.2.3 im Anhang). Bei der weiteren Befragung des Patienten auf der Ebene der Werte formulierte er dann den Wunsch, „anderen damit [ mit der Selbstverletzung ] nicht mehr vor den Kopf stoßen“ zu wollen.

Bei der Ermittlung der Hauptkategorie wurden die zuerst gewählten Beschreibungen und die Überschrift des jeweiligen Zieles stärker gewichtet.

**Tab. 5: Beispiel einer Patientin (Fall 2, Ziel 2)**

Fragentitel	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	Kategorie
Überschrift	mehr Stabilität in Bezug auf eigene Gefühle und das Selbstbild bekommen	Stabilität im Bereich eigener Gefühle und des Selbstbildes	Stabilität: Gefühle und Selbstbild	Gefühlsregulation
Verhalten	unbeschwerter, mehr Vertrauen in eigene Emotionen, weniger aus Beziehungen zurückziehen	Unbeschwertheit, Vertrauen in eigene Gefühle Reduktion sozialen Rückzugs	Vertrauen in Gefühle und weniger sozialer Rückzug	
Denken	“ich toleriere meine Gefühle und die von anderen”; “ich kann meine Gefühle mehr verstehen“ (auch die Intensität) „ich fühle mich weniger verletztlich“	Gefühle und deren Intensität besser verstehen, eigene Gefühle und die der anderen tolerieren, Verletzlichkeit (Vulnerabilität) verringern	Gefühle: Verstehen, Toleranz, Vulnerabilität	
Fühlen	Ruhe	Ruhe	Ruhe	
Messbarkeit	Seltener Abstürze (Alkoholexzesse)	Dysfunktionales Verhalten (zur Emotionsregulation) reduzieren, bspw. Kontrollverlust beim Alkoholkonsum	Dysfunktionales Verhalten reduzieren	
Werte	Menschliche Beziehungen genießen können Mehr Freude empfinden	Beziehungen genießen, Freude empfinden	Sozialkontakt, Freude	
Umfeld	Mehr Kontakt zu anderen aufbauen, mich mehr zu zeigen, mich zu involvieren	Erweiterung sozialer Kontakte, sich einbringen	Sozialkontakt	
Verlust	Emotionslosigkeit (keine mehr empfinden können)	Verlust der Emotionslosigkeit	Emotionslosigkeit	

**Anmerkung:** Die Fragentitel beziehen sich auf die Interviewfragen zu den Therapiezielen. Die Paraphrase wurde aus den Interviewprotokollen transkribiert. *Überschrift:* Beschreiben Sie bitte so konkret wie möglich, welches Ziel Sie nach einem Jahr Therapie erreicht haben wollen. *Verhalten:* Woran könnte man erkennen, dass Sie dieses Ziel erreicht haben, wie verhalten Sie sich? *Denken:* was oder wie denken Sie dann über sich und andere? *Fühlen:* Was genau fühlen Sie dann? *Messbarkeit:* Wie könnten wir gemeinsam bestimmen (messen), dass dieses Ziel erreicht ist? *Werte:* Welche Werte bzw. übergeordneten Lebensziele verwirklicht das Ziel? *Umfeld:* Was wird sich durch das Erreichen des Ziels im Leben verändern? *Verlust:* Was ginge vielleicht sogar verloren?

## 4.2 Ergebnisse

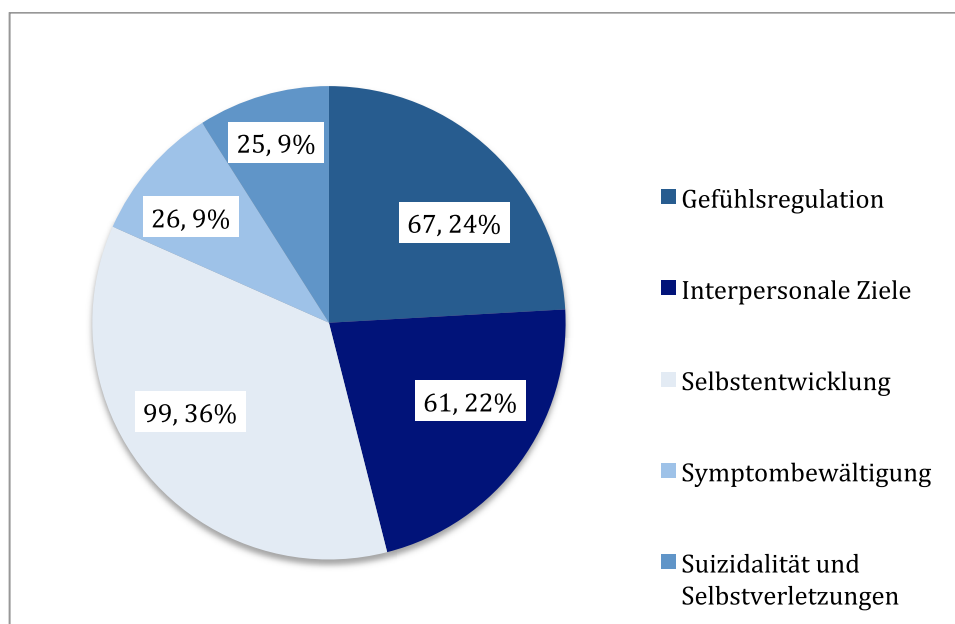
„Ich habe viel mehr Distanz zu meinen eigenen Gefühlen. Ich bin mir selber gegenüber nicht mehr so ausgeliefert. Ich habe das Gefühl, ich habe weitaus mehr angenehme Kontrolle über mich, also so eine Art Nähe zu mir selber, dass ich was steuern kann(...). Dass ich nicht mehr so stark, wenn ich in brenzligen Situationen bin, halt gegen mich selber kämpfe irgendwie, sondern dass ich versuche auf dieses Werkzeug zurückzugreifen, es anzuwenden“ (P20: Zeile 17)

### 4.2.1 Individuelle Therapieziele

#### 4.2.1.1 Individuelle Therapieziele vor Therapiebeginn

Jeweils drei Ziele von insgesamt 94 teilnehmenden Probanden wurden inhaltsanalytisch kategorisiert. Es wurden damit 278 einzelne Therapieziele von den Patienten als bedeutsam für die für sie folgende Therapie benannt. Es ließen sich fünf Patientenzielkategorien dabei ermitteln: *Selbstentwicklung* (36%), *Interpersonale Ziele* (22%), *Gefühlsregulation* (24%), *Symptombewältigung* (9%) und *Selbstverletzendes/Suizidales Verhalten* (9%).

**Abb. 14:** Verteilung der Patientenzielkategorien: Häufigkeitsverteilungen absolut (n= 94 mit durchschnittlich 3 Zielen ergeben 278 Einzelziele gesamt) und relativ (%)



Eine erste qualitative Analyse der Zielkategorien von 42 Patienten wurde im Rahmen dieser Promotion in der Diplomarbeit von Herrnleben-Kurz (2010) durchgeführt. Hierbei wurde aus

den Patientenaussagen zur Frage nach den Therapiezielen in einem inhaltsanalytischen Auswertungsprozess ein Kategoriensystem gewonnen. Eine Darstellung der Haupt- und Unterkategorien soll an dieser Stelle (Tabelle 6) die jeweiligen Hauptzielkategorien, auf die sich diese Arbeit bezieht, näher definieren.

Wie bereits begründet, orientierte sich der inhaltsanalytische Prozess an den Patientenaussagen, v.a. an der dem jeweiligen Therapieziel zugewiesenen Überschrift.

**Tab. 6:** Kategoriensystem der individuellen Patientenziele: Haupt- und Unterkategorien (auf Basis des Kategoriensystems von Herrnleben-Kurz (2010) um die Therapieziele der erweiterten Stichprobe modifiziert, n=94)

Hauptkategorie	Unterkategorie
Gefühlsregulation	Wahrnehmen und Verstehen von Gefühlen
	Wut bewältigen/ kontrollieren
	Umgang mit Verlustängsten, antizipierten Trennungsszenarien
	Trauer bewältigen
	Schuldgefühle bewältigen
	Weniger Launen, Gefühlsschwankungen
	Spannungsbewältigung
	Andere
Interpersonale Ziele	Konfliktfähigkeit
	Nähe zulassen, Vertrauen können
	Stabile zwischenmenschliche Beziehungen
Selbstentwicklung	Selbstwert, - vertrauen, - bewusstsein, -verwirklichung
	Wohlbefinden
	Lebenssinn
	Alltagsorganisation
	Andere
Selbstverletzendes und suizidales Verhalten	Selbstverletzungen und Selbstverletzungsdruck bewältigen
	Suizidalität: Bewältigen von Suizidgedanken und -impulsen
Symptombewältigung (im Rahmen Achse I-Störungen)	PTBS-Symptome
	Panikstörung
	Depression
	Zwangsstörung
	Drogenmissbrauch
	Andere

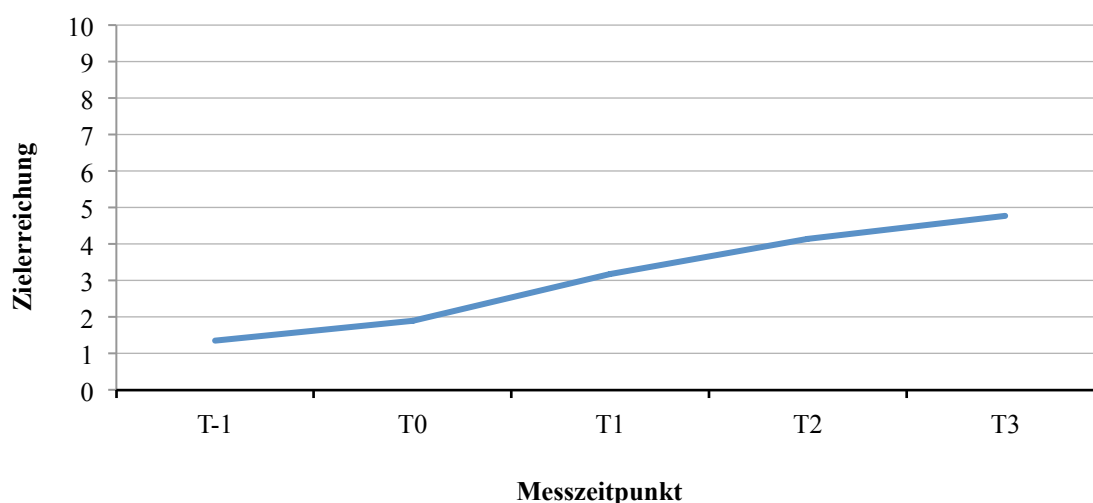
#### 4.2.1.2 Therapiezielerreichung nach einem Jahr Therapie

##### Fragestellung 4.A.2 Gesamtzielerreichung nach einem Jahr Therapie

Die 47 Patienten, die das erste Therapiejahr durchliefen, erreichen überwiegend aus subjektiver Sicht ihre vor Therapiebeginn definierten Ziele zunehmend im Verlauf des ersten Therapiejahres. Vor Zuweisung zu einem Therapeuten schätzten die Patienten ihre eigenen bisherigen Bemühungen (bspw. zur Gewinnung von Selbstvertrauen oder Reduktion von

Drogenmissbrauch) ein. Über alle drei pro Patient genannten Ziele hinweg wurden diese eigenen Veränderungsbemühungen vor Beginn der Therapie als wenig erfolgreich bewertet mit einem Mittelwert von 1,4 und geringer Streuung um diesen Mittelwert (SD 1,3). Zu Therapiebeginn (nach Probatorik und mit Therapiebewilligung) stieg der Mittelwert leicht an mit 1,9 (SD 1,8). Vier Monate später ist eine deutliche Steigerung auf MW 3,2 (SD 2,6) zu verzeichnen, weitere vier Monate später auf 4,2 (SD 2,9) und nach einem Therapiejahr steigt die Zielerreichung auf durchschnittlich 4,8 (SD 3,1), ein tabellarischer Überblick findet sich im Anhang 2.4.5. Bei einem maximal möglichen Wert von 10 lag damit der Durchschnitt der Zielerreichung über alle Teilnehmer hinweg zum Ende des ersten Therapiejahres im mittleren Bereich.

**Abb. 15:** Grafische Darstellung der durchschnittlichen Therapiezielerreichung über alle Patienten (n=47) hinweg im Verlauf des ersten Therapiejahres: Werte der Visuellen Analogskala (0 bis 10 cm- Linie, wobei 0= sehr unzufrieden und 10 = sehr zufrieden bedeutet)



**Anmerkung:** Zielerreichung: 0= nicht erreicht bis 10= erreicht, Messzeitpunkt T-1= vor Therapie, T0 zu Beginn der Therapie mit der ersten bewilligten Sitzung nach Probatorik, T1 und T2 nach jeweils 4 Monaten und T3= nach einem Jahr Therapie

Bei der durchgeführten Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt sich eine signifikante Erhöhung der Therapiezielerreichung über alle Messzeitpunkte hinweg bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p=.001$ . Auch bei der Kontrastberechnung zeigt sich diese Veränderung deutlich, jeweils verglichen mit dem Wert zu T3 (Tabelle 21).

**Tab. 7:** Ergebnisse der Kontrastberechnungen der durchschnittlichen Zielerreichung

Kontrast -Zielerreichung	F	df <sub>M</sub>	df <sub>R</sub>	p	$\eta_p^2$
T0 vs. T3	88.24	1	40	.001	.688
T1 vs. T3	72.50	1	40	.001	.644
T2 vs. T3	32.11	1	40	.001	.445

**Anmerkung:**  $df_M$  = Modell-Freiheitsgrade;  $df_R$  = Residuums-Freiheitsgrade;  $\eta_p^2$  = partielles Effektstärkemaß

#### **Fragestellung 4.A.3 Patientenzielereichung nach einem Jahr Therapie, getrennt nach den ermittelten Zielkategorien**

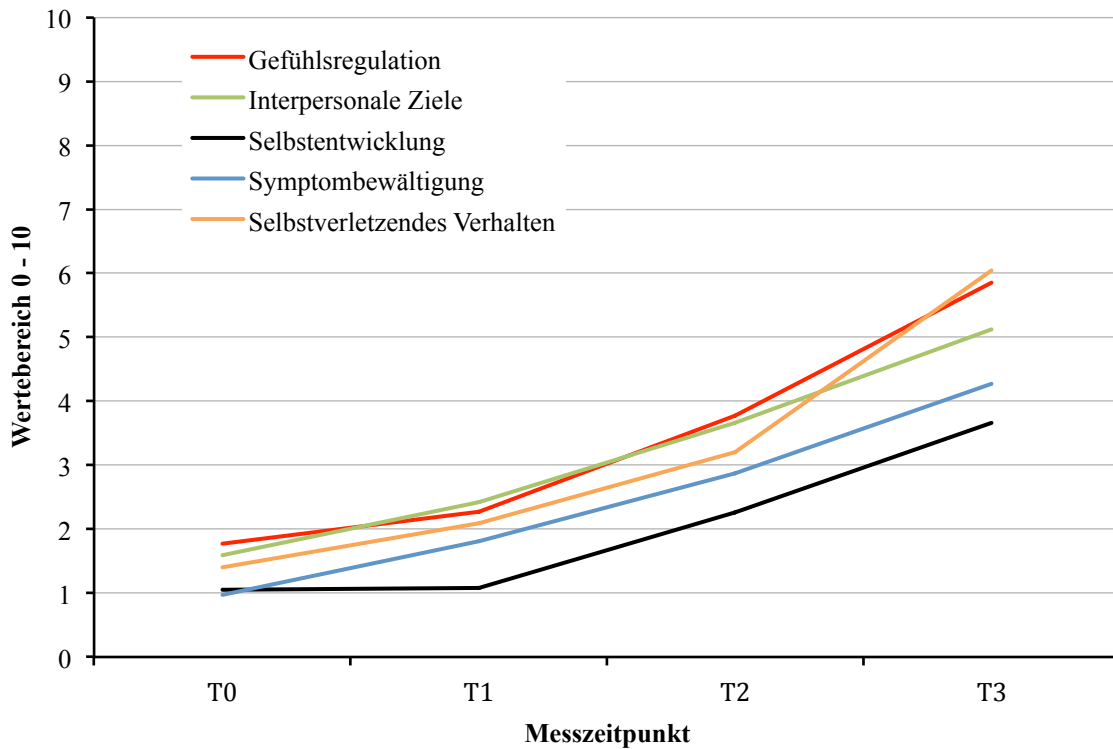
In einer differenzierteren Analyse wurde die Zielerreichung nun getrennt nach den einzelnen Zielkategorien berechnet. Dazu wurden die Werte, die auf der Visuellen Analogskala von den Patienten eingetragen wurden, getrennt nach Zielkategorie erfasst. Zunächst werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Zielkategorien dargestellt. Vor Beginn der Behandlung geben die Patienten durchschnittlich geringe Fortschritte an, die durch eigene Bemühungen erzielt wurden. Bei den *Spezifischen Symptomen* bspw. 0.97 und bis 1.77 bei der Gefühlsregulation. Die Werte steigen dann über den Verlauf der Therapie und erreichen Werte bis zu 6.0 in der Kategorie *Selbstverletzendes Verhalten*. Auch in der Kategorie *Gefühlsregulation*, die die zweitstärksten Verbesserungen zeigt mit einem MW von 5.85, zeigen sich vergleichbar große Anstiege.

**Tab. 8:** Veränderung der durchschnittlichen, subjektiven Zielerreichung getrennt nach Zielkategorien: Werte der Visuellen Analogskala (0 bis 10 cm- Linie, wobei 0= sehr unzufrieden und 10 = sehr zufrieden bedeutet), n= 47

Patientenzielkategorie	N	T0	T1	T2	T3
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Gefühlsregulation	26	1.8 (1.4)	2.3 (2.0)	3.8 (2.3)	5.9 (2.8)
Interpersonale Ziele	29	1.6 (1.4)	2.4 (2.1)	3.7 (2.8)	5.1 (3.2)
Selbstentwicklung	39	1.1 (1.3)	1.1 (1.1)	2.3 (2.4)	3.7 (3.1)
Symptombewältigung	13	1.0 (0.9)	1.8 (1.6)	2.9 (2.1)	4.3 (3.1)
Selbstverletzendes Verhalten	10	1.4 (1.4)	2.1 (1.7)	3.2 (2.9)	6.0 (3.3)

Abbildung 16 verdeutlicht diese Ergebnisse graphisch durch eine differenziertere Darstellung die sich lediglich auf Durchschnittswerte bezieht.

**Abb. 16:** Durchschnittliche Veränderung der subjektiven Zielerreichung, getrennt nach Zielkategorien im Vergleich: Werte der Visuellen Analogskala (0 bis 10 cm- Linie, wobei 0= sehr unzufrieden und 10 = sehr zufrieden bedeutet), n= 47



Auch bei der statistischen Analyse der einzelnen Zielkategorien zeigen sich signifikante Veränderungen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg, außer beim Vergleich der *Symptombezogenen Ziele*, die sich zwischen T2 und T3 nicht signifikant veränderten. Für die *Gefühlsregulationsziele* ergab sich für das Gesamtmodell ein F von 33.7 ( $p < .001$ ) und ein  $\eta_p^2 = .56$ , für die Kategorie *Interpersonale Ziele* ein F = 68.5 ( $p < .001$ ),  $\eta_p^2 = .71$ , *Selbstbezogene Ziele* zeigten ein F = 20.8 ( $p < .001$ ),  $\eta_p^2 = .35$ , die Kategorie *Symptombewältigung* ein F = 8.8 ( $p < .001$ ),  $\eta_p^2 = .40$  und die Kategorie *Suizidales und Selbstverletzendes Verhalten* ein F = 11.4 ( $p < .001$ ),  $\eta_p^2 = .6$ . Die unterschiedlichen Stichprobengrößen spiegeln die jeweiligen Nennungshäufigkeiten der einzelnen Kategorien wieder, wobei *Selbstbezogene Ziele* deutlich häufiger genannt werden als *Selbstverletzendes Verhalten*.



**Tab. 9:** Ergebnisse der multivariaten Analyse der einzelnen Zielkategorien (Kontrastberechnung): statistische Veränderung der Zwischenergebnisse (T0 bis T2) in Bezug zum Endergebnis zu T3, n= 47

Kontrast -Zielerreichung	F	Mittel der Quadrate	df <sub>R</sub>	p	$\eta_p^2$
Gefühlsregulation					
T0 vs. T3	66.8	449.8	26	.001	.72
T1 vs. T3	52.7	345.6	26	.001	.67
T2 vs. T3	18.6	117.0	26	.001	.42
Interpersonale Ziele					
T0 vs. T3	61.8	361.6	28	.001	.69
T1 vs. T3	40.0	212.0	28	.001	.59
T2 vs. T3	17.8	62.3	28	.001	.39
Selbstentwicklung					
T0 vs. T3	30.7	273.0	39	.001	.44
T1 vs. T3	32.6	265.7	39	.001	.46
T2 vs. T3	9.1	78.4	39	.005	.19
Symptombewältigung					
T0 vs. T3	13.5	153.1	13	.003	.51
T1 vs. T3	11.2	85.0	13	.005	.46
T2 vs. T3	2.9	27.7	13	.115	.18
Selbstverl. Verhalten					
T0 vs. T3	18.4	215.3	9	.002	.67
T1 vs. T3	17.3	156.0	9	.002	.66
T2 vs. T3	9.5	80.7	9	.013	.51

Anmerkung: df<sub>R</sub> = Residuums-Freiheitsgrade;  $\eta_p^2$  = partielles Effektstärkemaß

## 4.2.2 Störungsspezifische Veränderungen standardisierter Erhebungsinstrumente

### 4.2.2.1 Prä-Post-Werte, Effektstärken: BSL, BDI, FGG, LPC

Bei der Darstellung der Befunde des **LPC** ist zu beachten, dass die Hälfte der Probanden mindestens eine Selbstverletzung in 4 Monaten vor Behandlungsbeginn ausübte und sich die Stichprobengröße an dieser Stelle deutlich reduziert. Bei den Selbstverletzern vorliegender Stichprobe zeigt sich eine hochsignifikante ( $p=.003$ ) Reduktion der Selbstverletzungsakte im Verlauf eines Jahres. 24 negative Ränge verweisen auf eine Reduktion bei der entsprechenden Anzahl von Probanden, 4 positive Ränge auf eine Verschlechterung bei 4 Personen, 18 Nulldifferenzen sind bei den sich ohnehin nicht verletzenden Probanden zu verzeichnen.

Auch die Anzahl der Suizidmethoden verringert sich hochsignifikant von durchschnittlich 1.51 verwendeten Methoden auf 0.64, wobei wiederum zu beachten ist, dass dieser geringe Mittelwert auf die relativ geringe Anzahl von Selbstverletzern zurück zu führen ist.

Bei der Anzahl der Suizidversuche zeigt sich ebenfalls ein positives Bild, so reduziert sich die Häufigkeit, gemessen jeweils 4 Monate Prä und Post, signifikant.

Für den **BSL-Gesamtwert** lässt sich zwar eine Reduktion des Schweregrades, nicht jedoch im signifikanten Bereich ermitteln. Auf eine Darstellung der einzelnen Unterskalen wurde deshalb verzichtet. Die Skala **Gesamtbefindlichkeit** des BSL zeigt an, dass die Patienten nach einem Jahr Therapie ein signifikant besseres Gesamtfinden angeben.

Für den **FGG** zeigt sich eine deutlich signifikante Verbesserung (MW 3.6/ SD 0.6 zu T0 und 3.3/ SD 0.8 zu T3).

Die depressive Symptomatik, ermittelt mit dem **BDI** (Hautzinger et al., 1995), kann als schwer (MW 26.8/ SD 12.2) bezeichnet werden und verbessert sich signifikant auf ein Niveau von durchschnittlich 21.7 (SD 14) Punkten.

Auch die Globalskala des **BSI** verweist auf eine signifikante Verbesserung der Patienten von MW 1.9/ SD 0.7 zu T0 auf 1.5/ SD 0.9 zu T3 mit einer mittelgroßen Effektstärke von 0.48.

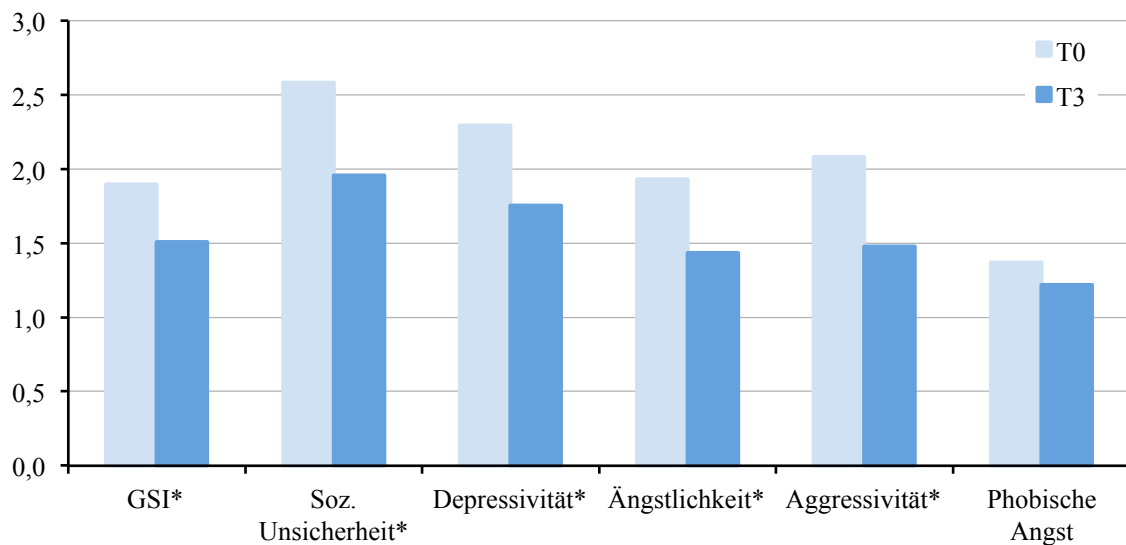
**Tab. 10:** Überblick der Therapieergebnisse: Veränderung der störungsspezifischen Maße von T0 zu T3, (n= 47 Completer: Patienten, die ein Jahr Therapie absolvierten)

Therapieergebnisse	T0	T3	T (z)	Df (N)	p	d (r)
	M (SD)	M (SD)				
LPC-Anzahl der SVV	14.5 (37.9)	4.4 (19.2)	-3.0**	46	.003	0.44
LPC-Methodenanzahl	1.5 (1.6)	0.64 (0.9)	-4.1**	45	.001	0.60
LPC-Anzahl SV 4Mo.	0.1 (0.3)	0 (0)	-2.0*	43	.046	0.30
BSL (Rohwert-Gesamt)	179.6 (69.4)	159.9 (84.9)	1.9	38	0.71	0.25
BSL (Gesamtbefindl.)	36.7 (18.7)	45.0 (25.8)	-2.5*	29	.019	-0.37
FGG	3.6 (0.6)	3.3 (0.8)	3.4**	42	.002	0.42
BDI	26.8 (12.2)	21.7 (14.0)	2.4*	33	.024	0.39
BSI (GSI)	1.9 (0.7)	1.5 (0.9)	3.2**	40	.003	0.48

**Anmerkung:** \*  $p < .05$ , \*\* $p < .01$ ;  $d$  = Effektstärke berechnet mit einem gepoolten Cohens  $d$  und LPC-Skalen berechnet mit Wilcoxon-Test und Effektstärke  $r$  mit z-basierter Formel.; LPC-Anzahl der Akte selbstverletzenden Verhaltens (SVV), LPC- Selbstverletzungsmethoden, jeweils 4 Monate vor T0 und T3 und Anzahl der Suizidversuche (SV) in 4 bzw. 12 Monaten vor T0 und T3; BSL (Rohwert-gesamt) = Gesamtskala der Borderline Symptom Liste; FGG Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen; BDI = Beck-Depressions-Inventar; BSI (GSI) = Global Severity Index des Brief Symptom Inventors.

Bei der Darstellung einiger Unterskalen des BSI, die bezogen auf die ermittelten Therapiezielkategorien ausgewählt wurden, zeigen sich überwiegend signifikante Veränderungen, einzig die Unterskala *Phobische Ängste* zeigt keine relevante Veränderung im ersten Therapiejahr (für eine ausführliche Darstellung der Werte der Unterskalen siehe Anhang 2.4.2).

**Abb. 17:** Ausgewählte Unterskalen des BSI



Anmerkung: Ausgewählte, patientenzielbezogene Skalenwerte der Unterskalen des BSI, \* $p < .05$

#### 4.2.2.2 Zusammenhang direkter und indirekter Outcome-Maße

Bei den Zusammenhangsanalysen wurde untersucht, inwiefern die einzelnen Therapieergebnisse, ermittelt mit dem BSL, BSI, FGG, BDI und die Therapiezufriedenheit mit der durchschnittlichen Patientenzielerreichung nach einem Jahr im Zusammenhang stehen. Dazu wurden zunächst Zusammenhänge der jeweiligen Werte zu T3 berechnet mittels Korrelationskoeffizient nach Pearson bzw. Spearman. Im zweiten Schritt wurden die Zieldifferenzen Prä-Post in Verbindung mit den Post-Werten von BSL, BSI, FGG, BDI, LPC und Therapiezufriedenheit berechnet, wobei die Werte zu T0 heraus partialisiert wurden (Tabelle 27).

Es zeigen sich statistisch signifikante, inverse Zusammenhänge mit dem BSL, BSI, FGG und BDI. Eine höhere durchschnittliche Zielerreichung zu T3 geht somit mit einer Reduktion des allgemeinen BPS-spezifischen Schweregrades, borderline-typischen Gedanken und Gefühlen und Depressivität einher. Ein geringerer statistischer Zusammenhang, in positiver Richtung, zeigt sich bei der Skala Gesamtbefindlichkeit des BSL, ein besseres, subjektives Befinden steht damit im Zusammenhang mit fortgeschrittener Zielerreichung. Selbstverletzendes Verhalten und die allgemeine Therapiezufriedenheit stehen in keinem statistischen Zusammenhang mit der Zielerreichung zu T3. Die allgemeine Therapiezufriedenheit steht ebenfalls in keinem

statistisch signifikanten Zusammenhang zu allen anderen Ergebniskriterien, auf eine Darstellung der Befunde wird an dieser Stelle verzichtet.

**Tab. 11:** Die Patientenzielerreichung zum Therapieende im Zusammenhang mit BSL, FGG, BDI, BSI, LPC und Therapiezufriedenheit: Ergebnisse der Zusammenhangsanalysen

	n	r <sub>pears</sub>	p	r <sub>spear</sub>	df	r <sub>Partial</sub>	p
	Zielerreichung T3		Diff_Zielerreichung T3-T0				
BSL (gesamt)	37	-.56**	.001		33	-.54**	.001
BSL Gesamtbef.	33	.36*	.04		24	.45*	.02
FGG	41	-.52**	.001		37	-.50**	.001
BDI	40	-.59**	.001		31	-.44*	.015
BSI (GSI)	40	-.49**	.001	-.52*	35	-.55**	.001
LPC	43		.38	-.14 n.s.	40	-.27n.s.	.09
Therapiezufriedenheit	47	.14 n.s.					.403

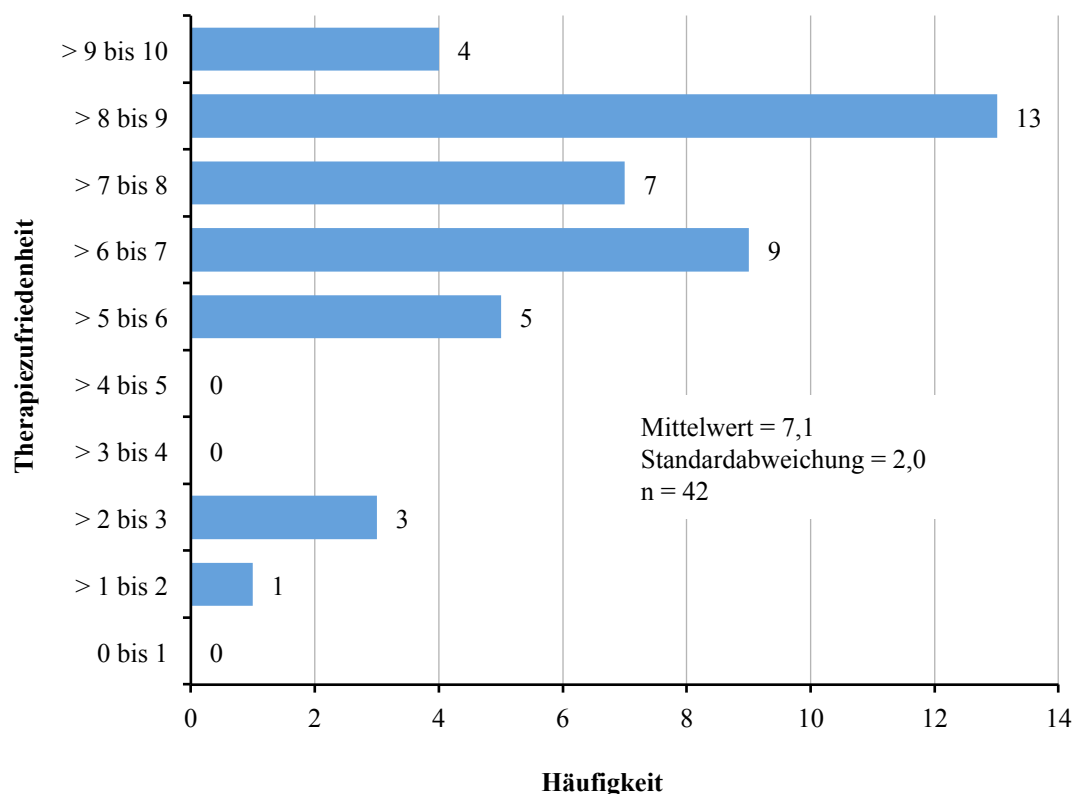
**Anmerkung:** n.s. nicht signifikant, \*\*p<.01, \* p<.05, r<sub>pears</sub> = Korrelationskoeffizient nach Pearson; r<sub>spear</sub> = Korrelationskoeffizient nach Spearman r<sub>partial</sub>= Partialkorrelationskoeffizient; BSL (gesamt) = Gesamtskala der Borderline-Symptom-Liste; FGG = Gesamtwert des Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen; IWD = Index für widerspruchsvolles Denken; BDI = Beck Depressions-Inventar; BSI (GSI) = Global Severity Index des Brief Symptom Inventory.

### 4.2.3 Erfolg und Misserfolg aus Patientensicht

#### 4.2.3.1 Therapiezufriedenheit

Die nach einem Jahr erfragte allgemeine Zufriedenheit mit der Therapie erreicht einen Mittelwert von 7,1 und liegt auf einer Skala von 0-10 im Antwortspektrum von Zufriedenheit mit der Therapie. Statistisch relevante Veränderungen liegen mit einer Standardabweichung über dem Mittelwert bei > 9.01, Werte < 5.06 drücken, statistisch gesehen, weniger Zufriedenheit aus. Vier Teilnehmer gaben gar Werte zwischen 1,7 bis 2,3 an. Es zeigt sich eine linksschiefe Verteilung mit einem Modalwert von 8.2 und einem Range von 1.7-10.

**Abb. 18:** Häufigkeitsverteilung der Therapiezufriedenheit



#### 4.2.3.2 Individuelle Veränderungen aus Patientensicht

„P: ... ich kann zum Beispiel auch auf einmal Trauer zulassen, weil das Primärgefühl Wut fällt jetzt weg. Also, es fällt nicht weg, aber es ist halt nicht permanent der Alleinkämpfer an der Front, sondern jetzt kann irgendwie daneben (Pause) hat da auch ihren Platz und läuft da Arm in Arm. Und die Wut muss sich nicht mehr beschützend vor die Trauer stellen, sondern die Trauer kann jetzt auch mal sagen: So, jetzt Trauerpower! Ich rule jetzt hier, und äh, da, ist zwar sehr anstrengend, aber es ist wichtig, es abzutauern. I: Es zu erleben. P: Ja, alles, vieles und überhaupt. Und danach kann man wieder so neu entstehen, irgendwie im Ganzen, als ganzes Wesen, das ist total wichtig.“ (P 16, Zeile 45-48)

Es wird nun das Kategoriensystem der nach einem Behandlungsjahr eingetretenen Veränderungen aus Patientenperspektive beschrieben. Grundlage der deduktiven Analyse bildete das zuvor inhaltsanalytisch ermittelte Kategoriensystem zu den vor Therapiebeginn formulierten Therapiezielen der Patienten. Dieses Kategoriensystem diene als

Kodierleitfaden, wobei die Hauptkategorien durch die Unterkategorien und deren Beschreibungen definiert wurden und die subjektiven Zielbeschreibungen der Teilnehmer als Ankerbeispiele dienten. Diesem System wurden die Codierungen des Interviews zum Thema Veränderungen zugewiesen. Es wurden in den 28 inhaltsanalytisch ausgewerteten Interviews 292 Codierungen, die sich auf die erzielten Veränderungen bezogen, ermittelt. Davon konnten 270 Codierungen dem vorliegenden Kategoriensystem „Therapieziele vor Behandlungsbeginn aus Patientensicht“ zugeordnet werden. Die Restkategorie enthält zu allgemeine oder nicht eindeutig zuordenbare Aussagen, wie „fühle mich viel besser, ganz pauschal“ (Patient 19, Zeile 6) oder „das ich mich mehr mit meiner Problematik auseinandersetze“ (Patient 9, Zeile 7). Die Ebene der Hauptkategorien zeigt Veränderungen, v.a. im Bereich *Gefühlsregulation* (Aushalten/Zulassen und Bewältigung), *Selbstbezogene Ziele* (mehr Selbstbewusstsein), *Interpersonelle Ziele* (Distanz wahren, gesunde Abgrenzung und Beziehungen knüpfen).

In nachfolgender Darstellung zeigt sich auf Ebene der Hauptkategorien, dass sich beinahe alle offen benannten Veränderungen deduktiv den Therapiezielen zuordnen ließen, die bereits vor Therapiebeginn genannt wurden. Die fünf Therapieziele *Symptombewältigung*, *Suizidales und Selbstverletzendes Verhalten*, *Selbstentwicklung*, *Gefühlsregulation* und *Interpersonale Ziele* dienten als theoretische Grundlage, die individuell genannten Veränderungen wurden diesen deduktiv zugeordnet. Auf zweiter Kategorienebene finden sich die jeweiligen Spezifizierungen. Die Anzahl der Codierungen findet sich auf erster Ebene als Angabe der absoluten Häufigkeiten (bspw. 58 Codierungen, die der Hauptkategorie *Selbstentwicklung* zugeordnet wurden) und auf zweiter Ebene aufgeteilt in positive und negative Nennungen. Selbstverwirklichung (3-2) bedeutet drei positive und zwei negative Nennungen in dieser Unterkategorie.

Von den insgesamt 270 Nennungen finden sich dabei 7 (2.6%) in der Kategorie *Symptombewältigung*, 19 (7%) im Bereich *Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität*, 58 (21.5%) für *Selbstverwirklichung*, 71 (26.3%) für *Gefühlsregulation* und 115 Nennungen (44.2%), die Veränderungen im Bereich *Interpersonale Ziele* beschreiben.

**Abb. 19:** Individuelle Veränderungen aus Patientensicht nach einem Jahr Therapie (Anzahl der Nennungen zum Therapieerfolg bzw. – misserfolg: (Positive – Negative Nennungen))

Hauptkategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiel
<b>Symptom- bewältigung (7)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essstörung (2-0)</li> <li>- Drogen / Alkohol (3-0)</li> <li>- Zwang (0-1)</li> <li>- Depression (0-1)</li> <li>- PTBS (0)</li> </ul>	<p>„Ja, klar, also Drogenkonsum ist jetzt auch komplett weg. Das hab ich aber auch in dem Vertrag unterschrieben Und ich hab jetzt sogar mit Zigaretten aufgehört! Ja! (P16, Z 36-38)</p>
<b>Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität (19)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens (15-4)</li> </ul>	<p>„Der größte Erfolg aus meiner Sicht ist, dass ich kaum oder fast gar keine Suizidgedanken mehr habe.“ (P25,Z 3-5)</p>
<b>Selbst- entwicklung (58)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beruf (15-7), Alltag (3-6)</li> <li>- Wohlbefinden (11-1)</li> <li>- Selbstverwirklichung (3-2)</li> <li>- Lebenssinn (2-1)</li> <li>- Selbstwert (6-1)</li> </ul>	<p>„Ich habe ein bisschen mehr Selbstbewusstsein, um auch nach außen zu gehen und zu sagen, hallo, hier bin ich.“ (P12, Z 31)</p>
<b>Gefühls- regulation (71)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wahrnehmen und Verstehen (21-0)</li> <li>- Aushalten / Zulassen (6-0)</li> <li>- Gefühlsbewältigung (38-6)</li> </ul>	<p>„(...) das ist zu keinem normalen Wutanfall mehr abwegig, also die Emotionen kriegen einfach nur eine Relation (...).“ (P19, Z 17)</p>
<b>Interpersonale Ziele (115)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehungen knüpfen (12-6)</li> <li>- Gesunde Abgrenzung (26)</li> <li>- Stabile Beziehungen (35-1)</li> <li>- Nähe zulassen (20-0)</li> <li>- Konfliktfähigkeit (15-0)</li> </ul>	<p>„Dass ich offener geworden bin bei sozialen Kontakten, (...) da ist jemand, den ich nicht kenne, dass ich halt auch doch schon mal mit dem rede oder so, (...).“ (P 5,Z 7-11)</p>

### 4.3 Diskussion der Befunde

Vorliegende Arbeit bestätigt weitgehend bisherige Befunde zur Wirksamkeit Dialektisch-Behavioraler-Therapie. Zusätzliche Erkenntnisgewinne erfolgen durch die Erhebung von individuellen Patientenzielen, subjektiv erlebten Veränderungen aus Patientensicht und allgemeiner Therapiezufriedenheit. Vor allem diese so genannten „direkten Erhebungsmaße“ bieten eine Möglichkeit, Erfolg und Misserfolg deutlich differenzierter zu definieren als dies in bisherigen Studien zur Evaluation der DBT zu finden war, die sich hauptsächlich auf indirekte Erfolgsmaße fokussierten.

Direkte und indirekte Erfolgsmaße stehen im inversen Zusammenhang, bei Reduktion störungsspezifischer Symptome kann eine Zunahme retrospektiver Erfolgsmaße, wie Zielerreichung, Therapiezufriedenheit und individuelle Veränderungen beobachtet werden.

#### 4.3.1 Direkte Veränderungsmessung

##### 4.3.1.1 *Patientenzielkategorien*

Es zeigt sich bei den Patientenzielkategorien ein störungsspezifisches, borderline-typisches Muster, was Forderungen nach indikationsspezifischen Taxonomien und typenspezifischer Forschung (Berking, 2004, Gerhards, 2008) unterstützt. Gerade vor dem Hintergrund der steten Entwicklung evaluierter verhaltenstherapeutischer Therapiemanuale sollten die darin formulierten Therapieziele mit den entsprechenden Patientenzielen abgestimmt werden, um motivationale Ressourcen der Patienten optimal nutzen zu können (Berking et al., 2004c).

Die vorliegende Untersuchung der Patientenziele verfolgte zum einen das Ziel, zu erfassen, welche subjektiv bedeutsamen Ziele BPS-Patienten verfolgen und inwiefern diese mit den Therapiezielen der DBT im Einklang stehen, zum anderen sollten diese Ziele in Verbindung mit häufig genutzten, indirekten Therapieerfolgskriterien untersucht werden.

Eine erste deduktive Zuordnung zu den Kategorien des BIT-T (vgl. die Diplomarbeit von Herrnleben- Kurz, 2010) sollte vergleichende Aussagen zu anderen, bisher untersuchten Störungsgruppen erlauben.

Für die vorliegende Untersuchung ergab sich dabei ein enormer Informationsverlust, weshalb eine induktive Inhaltsanalyse durchgeführt wurde, die für diese Arbeit störungsspezifischer differenzierte. Beispielsweise beinhaltet die Hauptkategorie *Interpersonale Ziele* des BIT-T die Unterkategorie *Alleinsein/ Trauer*. In den Beschreibungen der BPS-Patienten in vorliegender Studie werden Probleme emotionaler Dysregulation, wie die Bewältigung von Einsamkeitserleben/ Trauer nicht von anderen Gefühlsqualitäten, wie Wut zielkategorisch unterschieden. Intensiv erlebte Gefühlszustände werden als leidvoll erlebt und stehen häufig mit interpersonellen Problemen in Verbindung, werden jedoch auch für sich genommen als Problem erlebt (ein konkretes Beispiel wäre das vorhergehende Zitat unter der Überschrift 4.2.3.2). Anspannungszustände bzw. das Ziel, sich entspannter und gelassener fühlen zu wollen werden ebenfalls im Zusammenhang mit quälenden Gefühlszuständen erlebt, würden im BIT-T jedoch der Hauptkategorie *Wohlsein* zugeordnet. Das BIT-T wurde über verschiedene Störungsgruppen hinweg geprüft und ermöglicht repräsentative, vergleichende



Studien. Für die vorliegende Erhebung waren einige Abweichungen bei der Zuordnung der Unterkategorien zu den Hauptkategorien des BIT-T notwendig, um die Fragestellungen beantworten zu können. Auch das Abstraktionsniveau konnte nicht einheitlich gehalten werden. Ein Beispiel für ein abweichendes Abstraktionsniveau ist die Hauptkategorie *Selbstverletzendes und suizidales Verhalten* in der vorliegenden Studie. Im BIT-T wird diese Symptomatik sinnvollerweise als Unterkategorie der Hauptkategorie *Problem- und Symptombewältigung* zugeordnet. Da in vorliegender Studie Selbstverletzungen gehäuft als eigenständiges Problem von den Patienten genannt werden und es bei den Zusammenhangsanalysen von Interesse war, diese Symptomatik in Verbindung mit anderen indirekten Erhebungsmaßen, wie dem LPC zu untersuchen, wurde *Selbstverletzung und Suizidalität* als eigenständige Hauptkategorie und auf einer Kategorieebene wie *Symptombewältigung* geführt.

*Berufliche Neuorientierung* und *Alltagsorganisation* werden im BIT-T ebenfalls der Symptombewältigung zugeordnet. Für die befragten Patienten vorliegender Arbeit wurde eine *Strukturierung des Alltags* im Zusammenhang mit *Selbstbewusstsein- und akzeptanz* und dem Finden einer häufig erstmaligen *beruflichen Orientierung* und *Sinnfindung* beschrieben. Die soziodemografischen Angaben der untersuchten 47 Patienten (Completer) verweisen auf nur 19% mit einer Berufstätigkeit, 63.8% stehen in keinem Beschäftigungsverhältnis oder sind erwerbsunfähig und 17 % sind noch in Ausbildung. Den subjektiven Schilderungen folgend, stehen die Gestaltung eines strukturierten Alltags, das Finden eines Lebenssinns, auch in Verbindung mit einer beruflichen Orientierung, im engen Zusammenhang mit Selbstakzeptanz und –zufriedenheit. *Selbstbezogene Ziele* werden dabei als Überschrift und Kernaussage benannt, die weiterführenden Zielfragen auf Ebene von Verhalten, Denken, Werte etc. beschreiben dabei auch Sinn- und Orientierungsfragen, die im BIT-T eine eigene Hauptkategorie bilden.

Die subjektiv prominente Bedeutung der Hauptkategorie *Selbstentwicklung* kann damit Resultat des Einschlusses von Unterkategorien, die im BIT-T unter der Hauptkategorie *Orientierung* subsummiert werden, sein, spiegeln damit aber auch das subjektive Erleben der BPS-Patienten wieder. Die Bedeutung selbst (wert-)bezogener Ziele (36%) entspricht auch bisherigen Befunden im ambulanten Setting (Grosse-Holtforth, 2001, Grosse Holtforth et al., 2004, Berking Grosse Holtforth & Grawe, 2002, Brockmann, Schlueter & Eckert, 2003).

*Symptombezogenen Zielen*, die im stationären Kontext dominieren (Berking, 2004), kommt in vorliegender Gruppe mit 9% eine vergleichsweise geringe Bedeutung zu. Bedeutsamer sind noch die Kategorien *gefühlsbezogene* (24%) und *interpersonale Ziele* (22%), die ähnlich

verteilt sind und auf wesentliche Probleme der BPS fokussieren. Vor allem eine affektive Instabilität gilt als Kernmerkmal der BPS und äußert sich in hohen Anspannungszuständen, gehäuft kurzfristig reguliert durch selbstverletzendes Verhalten (Bohus et al., 2007; Lieb et al., 2004). Dieses Bewältigungsmuster bildet die letzte bedeutsame Zielkategorie. Mit 9% kommt *Suizidalem und Selbstverletzendem Verhalten* ein, im Vergleich mit den anderen vier Zielkategorien, geringerer Stellenwert zu. Dabei ist jedoch noch einmal zu betonen, dass in vorliegender Studie gerade die Hälfte der Patienten noch 4 Monate vor Therapiebeginn Selbstverletzungen ausübten, es liegt also nahe, dass dieses Therapieziel deutlich seltener benannt wird. Insgesamt stützen die ermittelten Zielkategorien das DBT-Vorgehen insofern, als das die vermittelten Fertigkeiten auf die Verbesserung dieser zielen: Emotionsregulations- und Achtsamkeitsstrategien auf die gefühlsbezogenen Ziele, Selbstwert- und Achtsamkeitsstrategien auf die Selbstentwicklung, Stresstoleranzstrategien zur Verhinderung von suizidalen Krisen und Selbstverletzungen und zwischenmenschliche Strategien auf die benannten interpersonalen Ziele vor dem Hintergrund einer tragfähigen Therapieallianz, die bspw. durch Validierungsstrategien gefördert wird. Einzig die Kategorie zu spezifischen Symptomen, wie sie auf Achse I klassifiziert werden, ist individuell sehr spezifisch und verweist auf die Bedeutung, bewährte Behandlungskonzepte für Achse-I-Störungen hinzu zu ziehen bzw. Weiterentwicklungen der DBT (bspw. DBT mit Schwerpunkt Sucht oder Essstörung). Inwiefern auch andere Therapieformen den subjektiven Patientenzielen entgegenkommen, kann vorliegende Studie nicht beantworten. Es wäre jedoch interessant zu untersuchen, inwiefern auch andere störungsspezifische und unspezifische Ansätze mit den ermittelten Zielen der Patienten korrespondieren. Auch wäre es interessant eingehender zu untersuchen, welches Zielprofil die BPS-Patienten im Vergleich mit anderen Persönlichkeitsstörungen zeigen.

#### **4.3.1.2 Zielerreichung aus Patientensicht**

Die Zielerreichung aus Patientensicht zeigt sowohl im Allgemeinen als auch aufgeschlüsselt nach einzelnen Kategorien, dass die Patienten ihren vor Behandlungsbeginn benannten Zielen näher kommen und sich eine Steigerung im Therapieverlauf statistisch absichern lässt. Ein Vorteil vorliegender Vorgehensweise bei der Erhebung der Zielerreichung lag darin, dass die Patienten bereits bei Ersterhebung die Möglichkeit hatten, eigene bisherige Bemühungen zur Erreichung ihrer individuellen Ziele zu markieren. Ein durchschnittlicher Wert von 1.4 (Skala 0-10) verweist auf bereits wahrgenommene eigene Veränderungsschritte. Ein Gesamtdurchschnitt von 4.8 nach dem ersten Therapiejahr verweist auf deutlichere

Veränderungen durch die Therapie. Damit konnte, aus subjektiver Sicht, die Hälfte des vorher definierten Zielspektrums im ersten Therapiejahr erreicht werden.

Darüber hinaus lassen sich Zusammenhänge zu einigen indirekt ermittelten Therapieergebniskriterien feststellen. Interessant ist dabei, dass Zusammenhänge zu störungsspezifischen Maßen, wie die Schwere der BPS-Symptomatik (BSL), borderline-typische Gedanken und Gefühle (FGG) und Depressivität (BDI) ermittelt werden konnten, nicht jedoch in Verbindung mit der Erfassung selbstverletzenden Verhaltens. Dies kann zum einen auf die kleine Stichprobe der sich gegenwärtig noch verletzenden Probanden zurückgeführt werden, zum anderen hat diese Zielkategorie eine vergleichsweise geringe Bedeutung innerhalb aller Patientenziele (vgl. Hild, 2012). Wenig überraschend ist hingegen der fehlende Zusammenhang zur allgemeinen Therapiezufriedenheit, welcher bereits in anderen Studien beobachtet wurde (vgl. bspw. Hannover et al., 2000, Möller-Leimkühler et al., 2003).

Die Patientenziele dienen der Absicherung bisheriger Befunde zur DBT. Metaanalysen erbringen Nachweise zu signifikant positiven Effekten hinsichtlich der Reduktion selbstverletzenden Verhaltens (Carter, Willcox et al 2010, Koons, Robins et al, 2001, Linehan, Armstrong et al, 1991, van den Bosch, Verheul et al., 2005), für Wut/ Ärger (Koons, Robins, 2001, Linehan, Tutek et al, 1994) und die Reduktion von Suizidalität, Depressivität und Angst (Koons, Robins et al, 2001). Vorliegende Ergebnisse liefern darüber hinaus auch weitere Hinweise zu Verbesserungen selbstbezogener, symptombezogener Ziele und interaktionelle Fortschritte.

Im Verlauf zeigt sich eine statistisch signifikante Verbesserung bei der Reduktion selbstverletzenden Verhaltens (partiell Effektstärkemaß von .67), was mit bisherigen Befunden korrespondiert und über verschiedene Studien zur DBT hinweg als Haupteffekt im ersten Therapiejahr gilt (Kröger & Kosfelder, 2007). Signifikante Verbesserungen im Bereich Gefühlsregulation zeigen sich ebenfalls mit einem partiellen Effektstärkemaß von .72 zwischen T0 und T3. Eine affektive Instabilität gilt als Kernmerkmal der BPS (Bohus et al., 2007b, Lieb et al., 2004), häufig und rasch einschießende Anspannungszustände gelten als Indikator für eine affektive Instabilität und Irritabilität (Bohus et al., 2007b, Stiglmayr et al., 2008, 2011), die Auswirkung auf alle relevanten borderline-spezifischen phänomenologischen Bereiche, wie impulsives Verhalten, typische Gedanken und interaktionellen Konflikte haben. Somit erreicht das untersuchte DBT-orientierte Vorgehen bereits im ersten Therapiejahr positive Entwicklungen in allen psychopathologischen Dimensionen. Zanarini et al. (2008) zufolge beeinflusst die DBT v.a. BPS-spezifische

Symptome. Prägnante Marker, wie Selbstverletzung, gelten hiernach als relativ schnell remittierend. Inwiefern auch andere Therapieansätze die ermittelten Veränderungen erzielt hätten kann nicht beantwortet werden.

Ebenfalls signifikant, jedoch mit geringerer Effektstärke (.44 zwischen T0 und T 3) zeigen sich positive Entwicklungen im Bereich Selbstentwicklung. Diese mehr die Persönlichkeit fokussierenden Ziele können als stabiler und überdauernder gelten, Veränderungen könnten sich möglicherweise eher im langfristigen Therapieverlauf abzeichnen. Da gerade dieser Zielbereich für die Patienten der subjektiv Bedeutsamste ist, wäre es für weitere Forschungsarbeiten interessant, genauer zu beforschen, welche Vorgehensweisen im langfristigeren Verlauf Verbesserungen ermöglichen können.

In diesem Zusammenhang wird im Vorgehen der DBT Validierungsstrategien (ausgearbeitet als s.g. „Validierungsstufen 1 bis 6“) eine hohe Bedeutung beigemessen (vgl. auch die Diplomarbeit von Grassmuck, 2011, im Rahmen BBV-Studie). Sie helfen den Patienten sich selbst anzunehmen und dysfunktionales Verhalten als maladaptive Bewältigungsbemühungen zu verstehen, um überhaupt erst Veränderungen zulassen zu können. Ein derartiges Annehmen des Selbst, wie es gegenwärtig ist, auch in seinem individuellen biografischen Kontext, kann somit dem besonders herausgestellten Selbstentwicklungsziel der Patienten entgegen gekommen sein und ein möglicher Grund für die subjektiven Verbesserungen im Therapieverlauf bereits im ersten Jahr sein. Hierfür spricht, neben den Befunden zur Therapieallianz, auch die häufige Nennung von subjektiv als hilfreich erlebten Selbstwert- und Achtsamkeitstechniken, worauf im Abschnitt Wirkfaktoren näher eingegangen wird.

#### **4.3.1.3 *Patientenzufriedenheit***

Die Patientenzufriedenheit wird kontrovers im Wechselspiel zwischen Effektivität, Ökonomie und Akzeptanz therapeutischer Herangehensweisen diskutiert (Hannöver et al., 2000). Vorliegende Ergebnisse können, wegen der fehlenden Ausdifferenzierung dieses Konstrukts in dieser Arbeit, keinen wesentlichen Erkenntniszuwachs in diesem Abschnitt bieten. Die meisten Patienten sind mit ihrer Therapie im Allgemeinen zufrieden, was sich in einer deutlich rechtsschiefen Verteilung zeigt und was bisherige Befunde zu allgemeinen Zufriedenheitsskalen bestätigt (Möller-Leimkühler et al., 2003). Eine detailliertere Aufschlüsselung von Zufriedenheitsaspekten wäre bei zukünftigen Forschungsarbeiten zu diesem Thema unabdingbar. So bestätigen die fehlenden Zusammenhänge zu allen anderen Therapieergebniskriterien bisherige Befunde (vgl. Hannover et al., 2000) und die Unbrauchbarkeit globaler Zufriedenheitsscores für derartige Analysen (Möller-Leimkühler et

al, 2003, 1996). Interessanterweise wird die allgemeine Therapiezufriedenheit aber im letzten Abschnitt dieser Ergebnisdiskussion, bei der Untersuchung der Beziehung von Erfolgskriterien und Wirkfaktoren, eine bedeutsamere Rolle spielen.

#### **4.3.1.4 Individuelle Veränderungen**

Individuelle Veränderungen nach einem Therapiejahr aus Patientensicht lassen sich den Therapiezielen, die vor Behandlungsbeginn von den Patienten formuliert wurden, zuordnen und zeigen somit ebenfalls ein BPS-spezifisches Bild bei der retrospektiven Wahrnehmung von subjektiv erlebtem Therapieerfolg. Da es bislang keine bekannte Studie gibt, die auf einem ähnlich generalisierbaren Niveau Ergebnisse zu offen berichteten Veränderungen erbrachte, besteht keine Möglichkeit der Einordnung in eine bestehende Befundlage.

Der Gewinn der Analyse offen berichteter Veränderungen nach einem Jahr Therapie ist vor allem auf zweiter Kategorienebene zu finden, hier zeigen sich stärkere Differenzierungen. So kommen in der Kategorie Gefühlsregulation Aussagen hinzu, dass bereits ein „Aushalten-können von Gefühlen“ als positive Veränderung bewertet wurde. In der Kategorie Interpersonale Ziele kam häufig die Nennung „Gesunde Abgrenzung“ hinzu, die bei der Zielformulierung vor Beginn der Therapie nicht genannt wurde.

#### **4.3.2 Indirekte Erfolgsmaße**

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle störungsspezifischen Fragebögen eine positive Veränderung nach einem Jahr Therapie zeigen: Depressivität, Suizidalität, Selbstverletzendes Verhalten, borderline-typische Gedanken und Gefühle, Soziale Unsicherheit, Aggressivität und Ängstlichkeit reduzieren sich statistisch signifikant.

Die borderline-typische Symptombelastung (BSL) reduziert sich zwar auch in positiver Richtung, nicht jedoch im signifikanten Bereich. Dabei geben die Patienten eine signifikant bessere Gesamtbefindlichkeit an.

Eine Einbettung der störungsspezifischen, indirekt ermittelten, Ergebnisse in die bisherige Studienlage zur DBT erfolgt in der Arbeit von Stecher-Mohr (in prep.), die ebenfalls als Dissertation im Rahmen vorliegender BBV-Studie angefertigt wird. So wird an dieser Stelle nur kurz auf einige, für diese Arbeit wichtige, Erkenntnisse eingegangen.

Die Übertragbarkeit der gewonnenen Befunde ist eingeschränkt, da die DBT ursprünglich für die Subgruppe der suizidalen und parasuizidalen BPS-Patientinnen entwickelt wurde (Fernández-Alvarez et al. 2006) und vorliegende Stichprobe mit 53.3% aktuellen Selbstverletzern nur

zum Teil der von Linehan untersuchten BPS-Subgruppe entspricht. Wie in Kapitel 3.4.3 jedoch beschrieben, ist die vorliegende Patientenpopulation mit derjenigen des darmstätter Netzwerkes (Friedrich et al., 2003) durchaus vergleichbar.

#### **4.3.2.1 *Depressivität***

Die Depressivität ist im Mittel als schwer einzuschätzen (Punktwert im BDI: 26 zu T0), was bisherige Befunde zum Thema BPS und Depressivität bestätigt (bspw. Endtner, 2006, Friedrich et al., 2003). So zeigt die bisherige Datenlage zwar mit Remission der Borderline-Störung eine Reduktion der Achse-I-Symptomatik (Zanarini et al., 2003), nicht jedoch eine Abnahme depressiven Erlebens, wenn eine Dysthymie diagnostiziert wurde.

In vorliegender Studie kann jedoch eine signifikante Reduktion der Symptomatik beobachtet werden auf einen Mittelwert von 20.82 ( $p < .024$ ,  $d = .47$ ), dieser Effekt ist noch etwas deutlicher als bei der darmstätter Gruppe, die eine Reduktion von 26.6 auf 23.7 beobachtete. So vielversprechend diese Werte auch sind, sind sie immer noch klinisch relevant.

Gestützt wird dieser Befund durch die Unterskala Depressivität des BSI, auch hier ist eine signifikante Verbesserung zu verzeichnen. Ärger und Depressivität werden von Zanarini (2008) als Temperamenteigenschaften beschrieben und fundamental andauernd. Die DBT würde hiernach eher die als akut beschriebenen Symptome beeinflussen. Vorliegende Studie verweist jedoch darauf, dass sich im ersten Behandlungsjahr auch Aggressivität, Ängstlichkeit, Depressivität und soziale Unsicherheit erfolgreich verändern. Es bleibt sicher abzuwarten, inwiefern diese positiven Veränderungen im Langzeitverlauf stabil bleiben, befanden sich doch die meisten untersuchten Patienten noch bei ihrer Befragung in Behandlung.

#### **4.3.2.2 *Suizid- und Selbstverletzungsrate***

Als prägnanteste Marker für BPS gelten bspw. Selbstverletzungen und hilfesuchende Suizidversuche, die im Langzeitverlauf relativ schnell remittieren (Zanarini et al., 2008). Es wird angenommen, dass sich impulsive Symptome am schnellsten reduzieren lassen (Zanarini, 2003, 2008). Dies können auch vorliegende Befunde bestätigen mit starken Effekten hinsichtlich Reduktion von Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten, erhoben mit dem LPC ( $p < .001$ ,  $d = .56$ ). Sowohl in der Reduktion der durchschnittlichen Häufigkeit von Selbstverletzungen, als auch in der Abnahme von Selbstverletzungsmethoden zeichneten sich signifikante Effekte ab. Eine Erkenntniserweiterung dieses Ergebnisses bietet dabei der

qualitative Zugang dieser Studie, indem ermittelt wurde, dass die Patienten noch vor Beginn ihrer Behandlung und damit noch vor Zuweisung zu ihrem Therapeuten, dies als eines der bedeutsamsten Therapieziele benennen und die Reduktion selbstschädigender Verhaltensweisen im ersten Therapiejahr als maßgeblichen Behandlungserfolg erleben. Inwiefern auch andere störungsspezifische Behandlungsansätze zur BPS, wie bspw. MBT (Bateman et al., 2006), TFP (Clarkin et al., 2001) oder die Schematherapie (Young et al., 2003), die auch erfolgreich evaluiert wurde (Giesen-Bloo, 2006) ähnliche Befunde erbringen, bleibt unbeantwortet.

Diskutabel bleibt auch die Erfassung selbstverletzenden Verhaltens, es bleibt eine verbindliche Definition dieses Symptoms offen (vgl. Nock, 2010; Petermann & Winkel, 2009; Nitkowski, 2009). In vorliegender Studie wurden Selbstverletzungen sehr streng analog Comtois & Linehan (1999) erfasst, es mussten bspw. sichtbare Gewebeschädigungen vorliegen, auch wurden Selbstverletzungsakte sehr streng gezählt. Würden Selbstverletzungen hinzugezogen, wie sie von Fleischer & Herpertz (2008) definiert werden, wonach auch Substanzmissbrauch, Risikoverhalten und ungesunde Ernährung hinzu zählen, wären die Effekte noch deutlich höher, als sie es ohnehin sind.

#### **4.3.2.3 *Borderlinetypische Gedanken und Gefühle***

Ein weiterer wichtiger Effekt in vorliegender Studie ist auf Ebene von borderline-typischen Gedanken und Gefühlen zu verzeichnen. Bei den BPS-Patienten dominieren eine Reihe dysfunktionaler Kognitionen (Arntz, 2004), die soziale Interaktionen und damit die Aufrechterhaltung der Störung beeinflussen (Vater et al., 2011). Ein entsprechend entwickelter Fragebogen zu borderline-typischen Gedanken und Gefühlen (FGG) zeigt sich in vorliegender Studie als ausgesprochen sensitiv bei der Erfassung dieses Störungsaspektes und verweist auf deutliche Verbesserungen bei den Patienten ( $p < .002$ ,  $d = .59$ ), bereits im ersten Therapiejahr.

## 5. Wirkfaktoren aus Patientensicht

### 5.1 Methode

Der nun folgende Abschnitt war der am aufwändigsten zu erhebende und auszuwertende Teil vorliegender Untersuchung. Es wurden Wirkfaktoren im Therapieprozess umfangreich, sowohl qualitativ, als auch quantitativ erfasst. Den Fragestellungen folgend, wird der jeweilige methodologische Untersuchungszugang, separat beschrieben.

#### 5.1.1 Fragestellungen

Welche Wirkfaktoren lassen sich aus Patientenperspektive innerhalb DBT-orientiertem Vorgehen im ersten Therapiejahr ermitteln?

1. Was wird von den Patienten als subjektiv hilfreich und/oder weniger hilfreich innerhalb ihrer DBT-Behandlung wahrgenommen?

Diese offene Fragestellung erlaubt, der Methodologie folgend, keine Formulierung dezidierter Hypothesen. Es soll mit größtmöglicher Offenheit die Erfahrungswelt der Patienten erfasst werden.

2. Welche Aussagen lassen sich zur Struktur und Qualität der therapeutischen Beziehung treffen?

- a. Die Patientenversion des Working-Alliance-Inventary (WAI-P) zeigt eine 3-Faktorenstruktur:

- i. Es lassen sich die Unterskalen *Bindung* zwischen Therapeut und Patient,
- ii. *Übereinstimmung* in den *Therapiezielen* und
- iii. *Übereinstimmung* in den *Therapieaufgaben*  
analog Horvath & Greenberg (1989) replizieren.

- b. Die subjektiv von den Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung wird im Rahmen DBT im Antwortspektrum hoher Zustimmung bewertet.
- c. Die Einschätzung der Qualität der therapeutischen Beziehung durch die Patienten leistet einen Beitrag zur Aufklärung der Varianz störungsspezifischer und unspezifischer Therapieergebniskriterien, die sich auf folgende Instrumente beziehen lassen:
  - i. FGG, BSL und BDI nach einem Jahr Therapie



## ii. Therapiezielerreichung nach einem Jahr Therapie

### 5.1.2 Untersuchungsdesign

Die Fragestellungen zu den Wirkfaktoren im Therapieprozess werden durch die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Befunde beantwortet. Nachfolgende Grafik veranschaulicht das **Untersuchungsparadigma**.

**Abb. 20:** Paradigma für die Einbettung der Wirkfaktoren im Therapieprozess



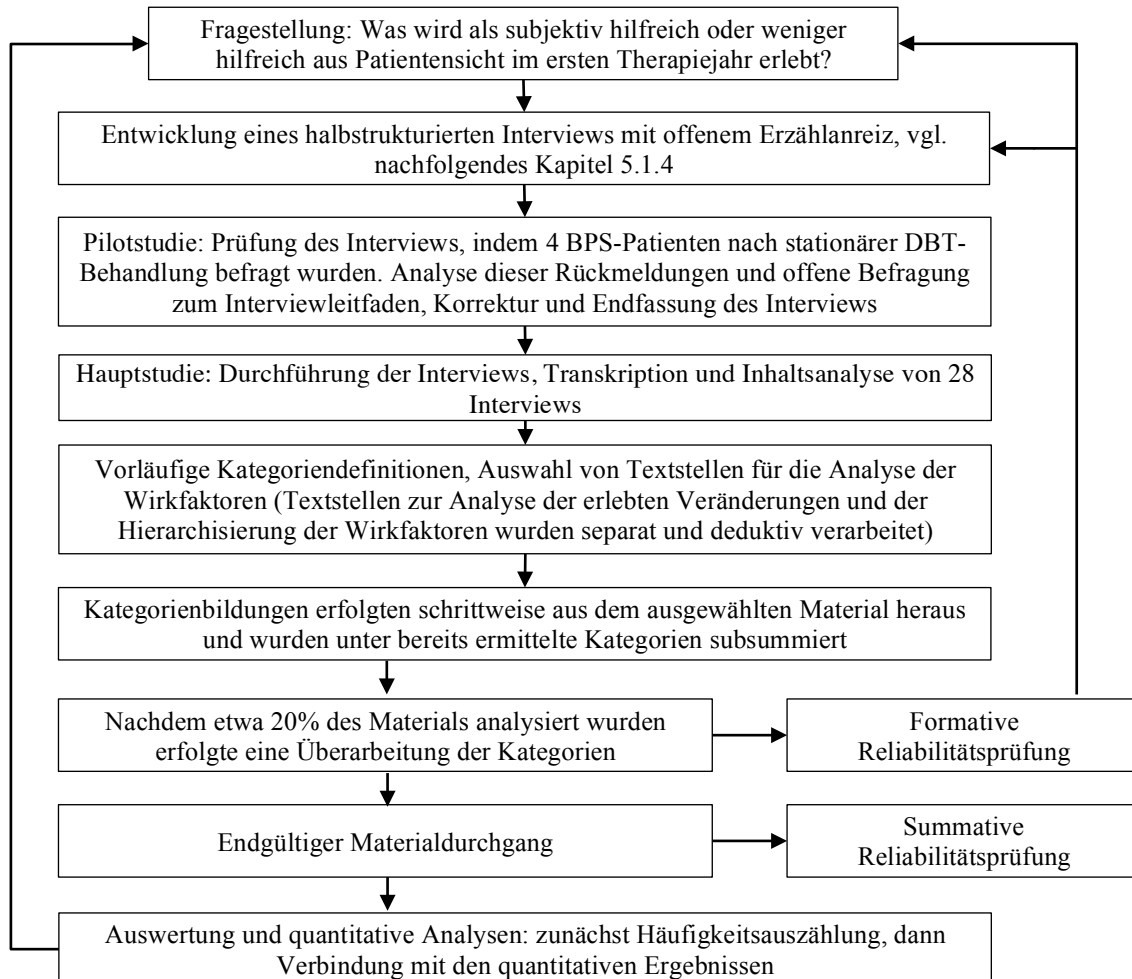
**Anmerkung:** *GROßBUCHSTABEN KURSIV* verdeutlichen die qualitativ erhobenen und ausgewerteten Variablen

### 5.1.3 Der qualitative Untersuchungszugang

Die gewählte qualitative Inhaltsanalyse stellt für vorliegende Untersuchung einen angemessenen Zugang dar, da regelgeleitet, intersubjektiv nachvollziehbar, systematisch und kategorienorientiert (Mayring, 2000) auch große Textmengen analysiert werden können und eine Überführung in quantitative Analysen machbar sind. Für ein Mixed-Method-Design erweist sich die qualitative Inhaltsanalyse besonders geeignet, da qualitative und quantitative Vorgehensweisen verbunden werden können (Mayring, 2012). Mayring (2010) spricht inzwischen von „qualitativ orientierter kategoriengeleiteter Textanalyse“, um den Übergangsbereich qualitativer und quantitativer Forschung zu betonen. Es soll, aus Gründen des Umfangs dieser Arbeit, an dieser Stelle nicht ausführlicher auf die Teilschritte eingegangen werden. Es sei auf die inzwischen umfangreiche Literatur zur qualitativen Inhaltsanalyse verwiesen (Mayring, 1996, 2000, 2003). Das Ablaufmodell (Abbildung 22)

beschreibt die induktive Vorgehensweise vorliegender Arbeit schematisch. Auf die Erhebungs- und Auswertungsverfahren wird anschließend näher eingegangen.

**Abb. 21:** Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung (in Anlehnung an Mayring, 2000)



#### 5.1.4 Erhebungsmethoden: Interviews zu den Veränderungen und Wirkfaktoren

Die qualitative Annäherung erfolgte über ein, für diese Untersuchung entwickeltes Interview (Anhang 1.1.3). Die Patienten wurden hierbei zu subjektiv wahrgenommenen Wirkfaktoren innerhalb DBT befragt. Ähnlich dem Change Interview nach Elliott et al. (2001) wird die subjektive Einschätzung der Therapieerfahrung retrospektiv erfasst. Es wurde zunächst gefragt, welche Veränderungen die Patienten im ersten Therapiejahr erlebten, inwiefern es überhaupt Veränderungen gab oder ob es Erwartungen gab, die nicht erfüllt wurden. Anschließend wurde offen gefragt, worauf die Patienten glaubten, ließen sich die Veränderungen (oder fehlende Veränderungen) zurückführen.

Dann fokussierten die folgenden Fragen, theoriegeleitet, auf folgende Prozessfaktoren: Therapietechniken, Beziehungsfaktoren, speziell auch in der Skillsgruppe erlebte Wirkfaktoren, Klienten- und Umfeldfaktoren. Das entwickelte halbstrukturierte Verfahren ermöglichte eine stärker theoriegeleitete Herangehensweise, in Anlehnung an das Leitfaden gestützte, problemzentrierte Interview nach Witzel (1982).

Es wurden zunächst Probeinterviews (Anhang 1.1.1 „Fragebogen\_Pilotstudie“) zur Überprüfung der qualitativen Herangehensweise durchgeführt. Es konnten 4 Patienten der Borderline-Station der Charité gewonnen werden, die am Ende ihrer 3-monatigen Therapie standen. Der Interviewleitfaden wurde in Form eines Fragebogens vorgelegt und enthielt auch die Frage nach der allgemeinen Therapiezufriedenheit. Die Patienten wurden gebeten, diesen Bogen auszufüllen. Anschließend wurden die Teilnehmer hinsichtlich Verstehbarkeit und Beantwortbarkeit des Fragebogens befragt und gebeten ggf. Verbesserungsvorschläge zu geben. Es interessierte vor allem, in wie fern die Fragen mögliche Wirkfaktoren im Therapieprozess exhaustiv abbildeten. Zusätzliche Aspekte stationärer Bedingungen wurden ausgeklammert. Nach Auswertung dieser Fragebögen und Rückmeldungen wurde der Interviewleitfaden nochmals optimiert. Da mehrere Interviewer beteiligt waren, erfolgte eine gründliche Interviewer Schulung, zudem eine Standardisierung der Protokollierung zur Erhöhung der prozeduralen Reliabilität (vgl. Flick, 2005). Es wurden 37 Interviews von 6 Interviewern durchgeführt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und dauerten 27 Minuten bis 2:01 Stunden. 28 Audiodateien wurden per Zufallsprinzip ausgewählt und einheitlich transkribiert in Anlehnung an die Transkriptionsregeln nach Mergenthaler (1992, Anhang 1.2). Es erfolgte keine spezifische Selektion, mit 28 Interviews sollte eine Generalisierbarkeit der qualitativ gewonnenen Ergebnisse ermöglicht werden. Der zeitlich immense Aufwand, der für die Transkription und die qualitative Analyse notwendig ist, begründet zudem die Auswahl.

### **5.1.5 Qualitative Auswertungsmethoden**

Das vorliegende Textmaterial wurde gesichtet und für das Kategoriensystem der Wirkfaktoren induktiv analysiert. Auswertungsziel war, möglichst wenig interpretativ die subjektiv bedeutsamen, hilfreichen und wenig hilfreichen Wirkvariablen während des Therapieverlaufs in ihrer Bedeutungsvielfalt zu bestimmen.

Die Auswertung der Interviews erfolgte dazu mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Damit wird eine systematische, also methodisch kontrollierte, regel- und theoriegeleitete Analyse des Materials gewährleistet. Für vorliegende Studie wurde zunächst

das Vorgehen induktiver Kategorienentwicklung gewählt, da bisher keine umfassenden Erkenntnisse zur wahrgenommenen Wirkung der DBT vorlagen. Dabei wurden Kategorien aus dem Material, den Antworten der Teilnehmer, heraus entwickelt, um sie später in einen theoretischen Zusammenhang zu bringen. Mayring beschreibt hierfür ein systematisches Ablaufmodell, bei dem die Definition eines Selektionskriteriums, die schrittweise Materialbearbeitung und die Revision der neu entwickelten Kategorien zentrale Verfahrensweisen sind. Den Abschluss des qualitativen Prozesses bildet eine eindeutige und erschöpfende Zuordnung der Daten zu den einzelnen Kategorien.

### **5.1.6 Vorwissen und eigene Positionierung im Forschungsprozess**

Die Eingebundenheit meiner Person im Forschungsprojekt BBV bot für die Datenerhebung wie auch Auswertung sowohl Risiken, als auch Chancen. So befand ich mich im Wesentlichen in zwei Rollen wieder: als Doktorandin war ich an Datenerhebung und Auswertung beteiligt, als Therapeutin und Skillstrainerin war ich dabei gleichzeitig Beforschte und mit den Kollegen im Netzwerk im Austausch. Trotz Anonymisierung der teilnehmenden Patienten und Therapeuten war eine kontrollierende Begleitung durch unabhängige Forschungskollegen notwendig. Ein Nachteil dieser Involviertheit bestand darin, dass die Gefahr bestand, nicht gänzlich wertfrei zu sein, wenn persönliche und subjektive Eindrücke in die Analyse einfließen.

Vorteile der Involviertheit und des breiten Vorverständnisses liegen in der reicheren Wissensbasis (Strauss & Corbin, 1996), gerade bei der Zuordnung einzelner DBT-spezifischer Techniken konnte ich davon enorm profitieren.

Auf den Umgang mit eigenen Wertungen wird im nachfolgenden Abschnitt eingegangen. Für meine eigene Positionierung als Wissenschaftlerin und Therapeutin können in der Tat Allegiance-Effekte nicht gänzlich ausgeschlossen werden. So absolvierte ich eine erste therapeutische und beraterische Sozialisierung innerhalb humanistischer Ausbildung als sozialpsychologische Trainerin, wobei mir die therapeutischen Grundhaltungen Roger's vertraut wurden und mein therapeutisches Grundverständnis prägten. Später, als approbierte Verhaltenstherapeutin, war es mir zudem wichtig, weitere integrative Schwerpunktausbildungen zu absolvieren. So fand ich in der Dialektisch-Behavioralen Therapie, Schematherapie und dem IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy) Ansätze, die mir in meiner therapeutischen Praxis bis heute profunde Strategien bieten, um spezifische Störungen behandeln zu können. Somit besteht in der Tat eine Verbundenheit zum Untersuchungsgegenstand, gleichzeitig jedoch Offenheit hinsichtlich unterschiedlicher

Verfahren. So ist es bekannt, dass Gemeinsamkeiten aber auch deutliche Unterschiede zwischen DBT, IRRT und ST bestehen. Andere therapeutische Orientierungen, wie TFP oder MBT sind mir deutlich weniger vertraut. Mit diesem Vorwissen war es mir ein Bedürfnis mit großer Offenheit und wissenschaftlicher Neugier zu beforschen, was wirklich hilft. Im Forschungsprojekt galt es darüber hinaus in meiner Rolle als Therapeutin, DBT-adhärent zu handeln, was inter- und supervisorisch geprüft wurde.

### **5.1.7 (Selbst-) reflektion im Forschungsprozess**

Die qualitative Forschung gilt als deutlich angreifbarer, als dies für die quantitativen Zugänge der Fall ist, die nach wie wesentlichen Einfluss auf die Forschungslandschaft ausmachen. Es wird dem qualitativen Ansatz häufig eine gewisse interpretative Beliebigkeit unterstellt, was in der Regel durch hohe Transparenz und Offenlegung des gesamten Forschungsprozesses beantwortet wird, zudem gilt die Auseinandersetzung mit einem Expertenteam als wichtiges Gütesiegel.

In vorliegender Studie wurden die Interviews überwiegend von eingearbeiteten Studenten durchgeführt. Nur Patienten, die mir nicht durch Therapie, Training, Inter- oder Supervision bekannt waren, wurden auch durch mich interviewt.

Ein offener Erzählanreiz zu Beginn der Interviewabschnitte bot die Möglichkeit einer freien Reflektion, dennoch sollte eine weitere halbstrukturierte Vorgehensweise eine stringendere Orientierung am Untersuchungsgegenstand ermöglichen. Somit unterliegen die Reflektionen auch einer gewissen Beschränkung, die wegen der umfangreichen Befundlage zu Wirkfaktoren und der Verknüpfung mit quantitativen Daten zielführend war. Der Bezugspunkt tatsächlich erreichter Veränderungen bot für die Wirkfaktoren die Möglichkeit einer Operationalisierung der Aspekte „hilfreich, wenig und nicht hilfreich für die genannten Veränderungen“ und somit eine Reduktion des Interpretationsspielraumes und Fokussierung auf den Untersuchungsgegenstand.

Auch in der Auswertung wurde darauf geachtet, den Interpretationsspielraum möglichst klein zu halten. Die Paraphrasierungen erfolgten Text nah, Patientenaussagen wurde der Vorzug gegeben. Der Prozess der Datenanalyse wurde protokolliert, Memos zu einzelnen unklaren Codierungen wurden im Forschungsteam besprochen und gegebenenfalls durch explikative Inhaltsanalyse erklärt. So wurde der Prozess der Datenerhebung- und auswertung durch zwei voneinander unabhängige Forschungsteams begleitet, spezifische Fragestellungen mit Experten darüber hinaus besprochen. Die Ausrichtung der Experten und Studenten, die an diesem Prozess teilnahmen, divergierte stark, um eben Allegiance-Effekte so gering wie

möglich zu halten und kritisch zu bleiben. Der gesamte inhaltsanalytische Prozess wurde durch das Programm MAXQDA ermöglicht, somit sind die einzelnen Analyseschritte intersubjektiv nachvollziehbar. Einzelne Darstellungen sind dazu im Anhang zu finden.

### **5.1.8 Der quantitative Untersuchungszugang zur therapeutischen Beziehung**

Neben der offenen Befragung der Patienten zu Aspekten, auch der Therapieallianz, wurde in vorliegender Studie, dem Mixed-Methodology-Ansatz folgend, eine quantitative Herangehensweise hinzu gezogen, um die qualitativ ermittelten Befunde prüfen und ggf. verallgemeinern zu können.

#### **5.1.8.1 *Das Working-Alliance-Inventory***

Mit dem Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1989, deutsche Übersetzung von Knaevelsrud, 2003, Anhang 2.2.5) wird ein häufig zitiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Beziehung genutzt. Die hier verwendete Patientenversion WAI-P wird als Selbstauskunftsfragebogen nach jeder Therapiesitzung ausgefüllt und besteht aus 12 Items, die auf einer 7-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Konzeptionelle Grundlage ist Bordin's (1976) dreigeteilte Definition der Beziehung: 1. Übereinstimmung in den Aufgaben und 2. In den Zielen, die es in der Therapie zu erreichen gilt und 3. die Therapeuten-Patienten-Bindung. Die Faktorenstruktur des WAI konnte in seiner Dreiteilung jedoch nicht einheitlich bestätigt werden. So ermittelten Andrusyna et al. (2001) für den WAI eine Zwei-Faktoren Lösung mit den Faktoren *Bindung* und *Übereinstimmung/Zuversicht*. Für die weiteren Zusammenhangsanalysen des WAI mit den Ergebniskriterien wurden jeweils fünf Sitzungen, die zeitlich am nächsten an den Erhebungszeitpunkten T0 und T3 lagen, gemittelt.

#### **5.1.8.2 *Auswertungsmethoden (FA, Regression)***

Zunächst wurde die Faktorenstruktur des WAI-P im Rahmen von Diplomarbeiten (Päpke 2010, Hild, 2012) zunächst im ersten 4-Monatszeitraum mittels exploratorischer Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit orthogonaler Rotation, Field, 2009), überprüft, dann für den gesamten Behandlungszeitraum sowohl exploratorisch, als auch konfirmatorisch. Die Qualität der Therapieallianz wird anschließend deskriptiv dargestellt.

## 5.2 Ergebnisse

### 5.2.1 Wirkfaktoren aus Patientensicht im ersten Therapiejahr

#### 5.2.1.1 Gütekriterien für die Inhaltsanalyse

Qualitative Inhaltsanalysen sollen prinzipiell nachvollziehbar sein und Befunde mit anderen Studien vergleichbar machen (Mayring, 2000). Das umfangreiche Textmaterial und die Analyseschritte wurden computerunterstützt (MAXQDA-10) nachvollziehbar gemacht, der Dissertation wird eine digitalisierte Version aller Originaltexte und Analyseschritte beigelegt. Eine Papierversion beizufügen wäre, dem Umfang folgend, nicht sinnvoll.

**Objektivität:** Bei der Analyse des Textmaterials wurden, um einen interpersonalen Konsens (Bortz, Döring, 2003) zu gewährleisten, unterschiedliche Experten hinzu gezogen: in einem Forschungsscolloquium (der Freien Universität) wurden die Zwischenschritte der qualitativen Inhaltsanalyse und Zwischenergebnisse diskutiert, zudem wurden Experten für die DBT und qualitative Forschung konsultiert. Die Analyseschritte wurden später im inhaltsanalytischen Prozess mit PsychologInnen, mit und ohne therapeutische Qualifikation, besprochen. Die therapeutische und methodische Orientierung variierte unter den KollegInnen (Verhaltenstherapeuten, Gesprächspsychotherapeuten, DBT-Therapeuten und tiefenpsychologisch orientierte PsychologInnen), um Allegiance-Effekte<sup>16</sup> zu reduzieren und nicht „im Dienste“ der untersuchten Therapierichtung Ergebnisse zu erhalten, sondern eben objektiv zu bleiben. Der Auswertungsprozess ist transparent, alle Analyseschritte können nachvollzogen werden (Anhang 1).

**Intercoderreliabilität:** Ein wichtiges Gütekriterium qualitativer Inhaltsanalyse ist, über die Objektivität hinaus, die Intercoderreliabilität (Mayring, 1989, 2000, 2003, Bortz, Döring, 2003). Die Ansprüche an das Ausmaß der Übereinstimmung sind im Rahmen qualitativer Inhaltsanalyse geringer als in quantitativen Ansätzen, mit einem Cohens Kappa über 0.7 gelten Übereinstimmungen als ausreichend (Mayring, 2000). Für die Anwendbarkeit des ermittelten Kategoriensystems analysierten drei Psychologinnen, voneinander unabhängig, das Textmaterial. Aus den 28 Interviews wurden zufällig 20 Codierungen, über alle

.....

<sup>16</sup> Bias in Richtung eigener therapeutischer Präferenz

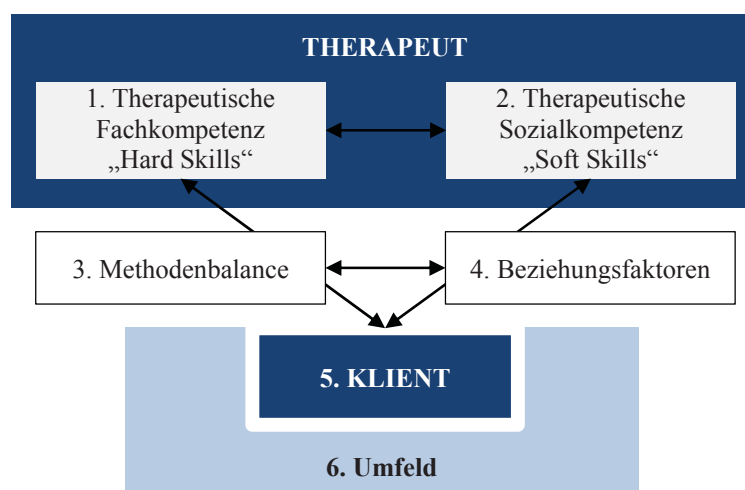
Hauptkategorien hinweg, ausgewählt. Diese einzelnen Originaltextpassagen wurden von den Raterinnen unabhängig voneinander paraphrasiert und den vorgelegten Kategorien zugewiesen. Die prozentuale Übereinstimmung aller 3 Beurteiler beträgt 91 %. Bei einem Cohens Kappa-Koeffizient von 0.86 kann von einem reliablen Kodiersystem gesprochen werden.

### 5.2.1.2 Schematische Darstellung der Hauptkategorien

Es wird nachfolgend das ermittelte Kategoriensystem subjektiv wahrgenommener Wirkfaktoren dialektisch-behavioral-orientierter Therapie aus Patientenperspektive beschrieben. Es werden den 5 Hauptkategorien jeweils Subkategorien erster bis vierter Ordnung zugewiesen. Die Darstellung mit den beschriebenen Wirkbeziehungen wurde aus den Nennungen der Patienten abgeleitet. Da die Kategorien nicht getrennt voneinander betrachtet werden können, beinhaltet das Schema eine artifizielle Trennung der einzelnen Kategorien. Die Wirkkomponenten stehen miteinander in einem hochkomplexen, auch überlappenden Zusammenhang.

Die schematische Darstellung des (Haupt-) Kategoriensystems soll für einen erten Überblick dessen Wirkbeziehung und dimensionalen Charakter darstellen:

**Abb. 22:** Schematische Darstellung der Wirkfaktoren aus Patientenperspektive



Die Oberkategorien *Therapeutische Fachkompetenz*, *Therapeutische Sozialkompetenz* und *Klient* werden im Verhältnis zueinander stehend betrachtet. Dabei nehmen die Kategorien *Methodenbalance* und *Beziehungsfaktoren* eine vermittelnde Position ein. Das *Umfeld* des Klienten steht, dem Datenmaterial zufolge, in Wechselwirkung mit dem Klienten und übt



einen indirekten Einfluss auf alle anderen Faktoren aus. Die einzelnen Kategorien werden nicht distinkt voneinander abgegrenzt. Es werden in den Kategorien die jeweils hilfreichen, wie auch weniger hilfreichen Aspekte für die Zielerreichung aufgeführt. In der Beschreibung stehen diese Aspekte zunächst unverbunden und damit für eine inhaltlich deutliche Definition hypothetisch getrennt nebeneinander, wenngleich die Übergänge fließend und interagierend begriffen werden müssen.

### 5.2.1.3 Kategorienüberblick und jeweilige Häufigkeiten

Es wurden 28 Interviews analysiert, daraus insgesamt 1053 Codierungen (bedeutungstragende Einheiten) abgeleitet und den nachfolgend dargestellten Haupt- und Unterkategorien zugewiesen. Die häufigsten Codierungen finden sich in der Hauptkategorie *Therapeutische Fachkompetenz* mit 410 Nennungen. In der Häufigkeit wird diese Kategorie gefolgt von der *Therapeutischen Sozialkompetenz* mit 175 zuordenbaren Codierungen. Auch die *Klientenfaktoren* werden ähnlich häufig benannt mit 161 Codierungen. *Umfeldebeflüsse* werden weniger häufig benannt (93 Codierungen). Codierungen, die sich der Kategorie *Balance aus Therapieleitfaden und Patient* und der Kategorie *Therapeut-Patient-Beziehung* zugeordnet wurden, treten am seltensten auf, verglichen mit den bisher benannten Hauptkategorien.

**Tab. 12:** Gesamtwerte der Hauptkategorien: Summe der Einzelnennungen (Codierungen)

Kategorienname	Anzahl der Codierungen
1. Therapeutische Fachkompetenz: „Hard Skills“	410
2. Therapeutische Sozialkompetenz und Persönlichkeit: „Soft Skills“	175
3. Balance aus Therapieleitfaden und Patient	87
4. Therapeut-Patient-Beziehung	51
5. Klientenfaktoren	161
6. Umfeldebeflüsse	93
Zusatz	
Aussagen zur Hierarchisierung der Wirkfaktoren	36
Restkategorie	40
<b>Gesamt</b>	<b>1.053</b>

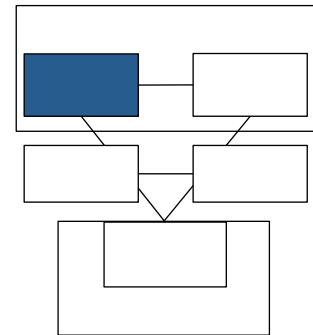
### 5.2.1.4 Beschreibung der Kategorien

Im Folgenden werden die Kategorien mit Blick auf die Fragestellung B.1 dieser Untersuchung beschrieben. Dabei werden jeweils Originalzitate des Textmaterials

eingeflochten werden, die die jeweilige Kategorie in der ursprünglichen Form repräsentieren. Es wird die jeweilige Textstelle mit Patienten- und Zeilennummern angegeben.

### Hauptkategorie 1: Therapeutische Fachkompetenz: „Hard Skills“

In der am häufigsten genannten Hauptkategorie werden therapieschulenspezifische Vorgehensweisen benannt. Wie der Untersuchungsgegenstand nahe legt, finden sich hier überwiegend dialektisch-behaviorale Techniken. Es werden zwei Unterkategorien („Problemlösungsstrategien“ und „Therapeutische Vorgehensweise“) beschrieben, die sich jeweils in eine weitere Ebene von Unterkategorien aufschlüsseln lassen.



**Tab. 13:** Kategorien „Therapeutische Fachkompetenz“, Ebene 1-5; + bedeutet positive Nennungen, - negative Nennungen,  $\Sigma$  als Summe aller Nennungen

Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	Ebenen 4-5	+	-	$\Sigma$
1. Therapeutische Fachkompetenz: „Hard Skills“ (410 Codierungen)	1.1 Problemlösungsstrategien „WAS“ (208)	1.1.1	1.1.1.1 Selbstwert	10	1	11
		Definierte DBT-Fertigkeiten (160)	1.1.1.2 Achtsamkeitsstrategien	38	14	52
			1.1.1.3 Stresstoleranzstrategien	51	4	55
			1.1.1.4 Emotionsregulationsstrategien	22	1	23
			1.1.1.5 Zwischenmenschliche Skills	19	0	19
		1.1.2 Lösungsvorschläge – allgemeine Aussagen		33	9	48
	1.2 Therapeutische Vorgehensweise „WIE“ (202)	1.2.1 Strukturierungstechniken (147)	1.2.1.1 Inhaltliche Strukturierungstechniken			
			Gemeinsame Problem- und Lösungsanalysen	56	19	75
			Protokolle: Wochenprotokolle, Essprotokolle	15	9	24
			Psychoedukation	10	1	11
			Positives Feed Back	5	0	5
		1.2.1.2 Formale Strukturierungstechniken	Regelmäßigkeit	5	0	5
			Klare Regeln	3	0	3
			Roter Faden, Zielorientierung	9	0	9
			Sitzungsstrukturierung	4	0	4
			Kontingenzmanagement	5	6	11
		1.2.2 Erlebnis- und Emotionsorientierte Techniken (27)	1.2.2.1 Rollenspiele	17	0	17
			1.2.2.2 Emotionsbezogene Techniken	10	0	10
		1.2.3 Visualisierungen: Flipchart nutzen, Metaphern (14)		14	0	14
		1.2.4 Hausaufgaben (14)		7	7	14

**Anmerkung:** 1 = positive, 2= negative Nennung, 3= Gesamtcodierung

Bei der ersten Unterkategorie handelt es sich um „Problemlösungsstrategien“, die am häufigsten benannte Fachkompetenz (208 Codierungen). Diese umschließen Äußerungen, die sich auf das *WAS* der Therapie fokussieren. Damit sind überwiegend konkret definierte Fertigkeiten (160 Codierungen) gemeint, die mit 67 % aller genannten Skills überwiegend aus den Bereichen Achtsamkeit (52) und Stresstoleranz (55) im Rahmen DBT stammen. Dabei werden bei den **Stresstoleranzskills** kaum negative Erfahrungen genannt, sie werden überwiegend positiv und hilfreich von den Patienten erlebt.

„Des Weiteren, ja, zum Spannungsabbau halt irgendwas kneten. Das sind Sachen, die kann man machen und die helfen. So war das auch.“ (Patient (P) 22, Zeile (Z)153).

Wohingegen bei den **Achtsamkeitsstrategien** sowohl negative (14) wie auch positive Erfahrungen (38) genannt werden.

„Puh, also, Wise Mind ist auf jeden Fall das Wichtigste. I: Mh, was ist das? P: Naja, das ist so die Connection zum, äh, zum intuitiven Selbst, das eigentlich genau weiß, was gut ist für einen und was wichtig ist.“ (P 16, Z 253-258.) „Also, Achtsamkeit ist an erster Stelle. Weil sonst kann man, wenn man nicht achtsam ist, auf das intuitive Wissen und Verstehen, gar nicht darauf eingehen, wenn man nicht darauf achtsam ist. Also Achtsamkeit ist die Basis für alles. Und diese vielen Achtsamkeitssachen, äh, da, das war am Anfang sehr anstrengend. Ist aber viel einfacher geworden und hat viel verändert.“ (ebd., Z 264-265)

Wenig hilfreich erlebten Patienten Achtsamkeitsstrategien, wenn bspw. deren Erklärung missverständlich ankam (bspw. wurde mit „wertfrei“ verstanden „meinungsfrei“ sein zu müssen, P 19, 138), oder bei Achtsamkeitsübungen intensiver erlebte Aggressivität als aversiv erlebt wurde und die Übungen deshalb gemieden wurden oder von vornherein keine Bereitschaft existierte, sich auf diese Angebote einzulassen.

„P: Das waren – ja, das war zum Beispiel halt so Achtsamkeitsübungen, so, also irgendwie auf'm Stuhl sitzen und dann seinen Atem hören, so, das waren für mich so Sachen, wo ich nicht wirklich was anfangen konnte, oder irgendwie den – den Raum sich anzugucken, irgendwie in 'ne Phantasiewelt zu reisen – ja, da konnte ich – vielleicht konnte ich mich auch nicht wirklich drauf einlassen, das weiß ich nicht, aber

*für mich hat es – hat mir das nichts gebracht, also, das fand ich immer eher so’n bisschen lustig – ja, ja. Das – also, das war das Hauptsächliche was, was wir halt da aktiv an Übungen gemacht haben, was mir nicht so viel gebracht hat.“ (P 15, Z 158, oder: „P Es ist belastend, macht mich aggressiv und kribbelig und, ja, Achtsamkeit ist nichts für mich.“ (P 4, 80); „ja, das Einzige, was ich wirklich überhaupt nicht mochte, war diese Achtsamkeit. Ich kann’s nicht mehr hören!“ (P 9, Z 112).*

**Emotionsregulationsstrategien** werden als überwiegend hilfreich erlebt (22/1), Zwischenmenschliche Fertigkeiten als ausnahmslos unterstützend (19/0).

Allgemeine Aussagen, die zu erworbenen Fertigkeiten getroffen wurden, ohne diese genauer zu definieren, oder Fertigkeiten, die keinem DBT-Skillsmodul eindeutig zugeordnet werden konnten, wurden separat kategorisiert als **unspezifische Lösungsvorschläge** (48 Codierungen).

*„und hat mir halt konkrete Verhaltensweisen irgendwie genannt, die ich an den Tag legen könnte, um da irgendwie für meine Verhältnisse möglichst gut raus zu kommen oder möglichst gut zu überstehen. Ja, und die Tipps, die sie mir gegeben hat, die waren eigentlich irgendwie so Hilfe zur Selbsthilfe.“ (P 21, Z 96)*

Dabei handelte es sich, wie oben, überwiegend um positive Rückmeldungen dazu, dass die TherapeutInnen konkrete Lösungsangebote gemacht haben, die halfen. Es gab jedoch auch 9 Nennungen wenig hilfreicher Lösungsangebote. So hatte bspw. ein Patient innerhalb des Projektes einen Therapeutenwechsel und bekam beim zweiten Therapeuten deutlich mehr Lösungsangebote.

*„...und das ich dann tatsächlich mal einen Lösungsansatz habe für das nächste Mal. Was ja ziemlich bald kommt meistens. .. dass hat mir halt gefehlt [beim ersten Therapeuten] und das ist das, was ich brauche, also das quasi, ja, das was mir nach jeder Therapiestunde das Gefühl gibt, o.k., das war jetzt nicht umsonst diese Therapiestunde, und ich hab einfach, ja genau, auf diese Krisensituation, auf diese krisenauslösende Situation irgendwas, ... in der Hand was halt“ (P24, Z 107)*

Die zweite Unterkategorie wurde „Therapeutische Vorgehensweise“ genannt und stellt mit 209 Codierungen eine ebenfalls häufig benannte Kategorie dar. Es handelt darum, *WIE* die

Therapeuten, aus subjektiver Sicht, an den Problemen und Zielen der Patienten arbeiteten, WIE sie vorgingen. Es werden hier Äußerungen inkludiert, die sich auf wahrgenommene **Strukturierungsstrategien** des Therapeuten (147 Codierungen), **Erlebnis- und Emotionbezogene Techniken** (27), das Anwenden von **Visualisierungstechniken** durch den Therapeuten (14) und **Hausaufgaben** (14) beziehen.

Hauptsächlich werden Strukturierungstechniken benannt, die nochmals auf einer vierten und fünften Ebene aufgeschlüsselt wurden. Auf Ebene vier finden sich **formale** und **inhaltliche Strukturierungsmethoden**.

Die **gemeinsam erarbeiteten Problem- und Lösungsanalysen** werden bei den *inhaltlichen* Vorgehensweisen besonders häufig (56/19) benannt. Es half den Patienten, ihr inneres Erleben auf Gedanken, Gefühls- und Handlungsebene zu strukturieren und individuelle Lösungen zu erarbeiten, v.a. wenn dies gemeinsam mit dem Therapeuten in den Sitzungen geschah. Häufig wurde beschrieben, dass die „*neutrale*“ und „*rationale*“ Betrachtung schwieriger Problem- und Krisensituationen „*Struktur, Klarheit*“ und „*Ordnung*“ in das erlebte „*Chaos*“ (bspw. P 8) brachten. Dies wurde auch durch Gefühlsanalysen oder Abfragen der inneren Anspannung in bestimmten Situationen erreicht. Eine „*neutrale Sicht aus mehr Distanz*“ (P 16) zum Problem zu bekommen wurde ebenso hilfreich erlebt wie ein Ausbalancieren negativer Bewertungen des Patienten durch positive Aspekte, die der Therapeut einbringt, zu konkreten Situationsanalysen:

„*negativen Aspekte nicht verleugnet, sondern auch ernsthaft reinbringt und die positiven Aspekte nicht außer Acht lässt und sogar verstärkt. Sehr wichtig, sehr hilfreich*“ (P 16, Z 158).

Als wenig unterstützend erlebten es einige Patienten dagegen, wenn sie sich mit Verhaltensanalysen allein gelassen fühlten. Es fiel diesen Patienten schwer, diese allein und für sich selbst auszufüllen und sinnvoll zu nutzen. Diesen Umstand haben einige auch als „*peinlich*“ dem Therapeuten gegenüber erlebt, wenn sie in der nächsten Sitzung danach gefragt wurden und es zwischenzeitlich nicht schafften, Verhaltensanalysen anzufertigen. Einige Patienten zeigten sich jedoch schlichtweg „*genervt*“ von den Verhaltensanalysen:

„*Ich weiß noch, wir haben ,ne Verhaltensanalyse gemacht, aber ich erinnere mich nicht mehr, wie ich sie erlebt hab. Die Verhaltensanalyse hat mich genervt, so, das weiß ich noch*“, (P 1, Z 144).

Einige konnten mit diesen Analysen schlichtweg „wenig anfangen“ (P1), v.a. wenn sie deren Sinn nicht verstanden hatten:

„bin nicht die Allerdümmste, aber...zu viele Fremdwörter, ich weiß gar nicht, was die von mir wollen“ (P 20, Z 56-60).

Es wurde von anderen Patienten aber auch beklagt, wenn zu wenige Verhaltensanalysen gemacht wurden. Meist wurden diese Analysen zunächst aversiv erlebt, später, wenn es dem Therapeuten gelang, den Nutzen zu vermitteln und die Analysen erfolgreich erprobt werden konnten, wurden sie dann als gewinnbringend erlebt:

„Na, mit der Verhaltensanalyse konnte ich anfangs nichts anfangen, bis ich irgendwann aber halt gemerkt hab, ok, die bringt wirklich etwas, weil da auch viele Punkte auch drinne sind, wo man anfangs gar nicht weiß, was da überhaupt rein gehört, aber je öfter man das macht, desto eher kann man auch sein eigenes Verhalten verstehen und wie man halt später reagiert und wo man in etwa so die Punkte ansetzen kann oder sollte, wo man mal umschwenken kann.“ (P 10, Z 86-87).

Weitere, inhaltliche Strukturierungstechniken sind **Wochenprotokolle** (respektive „diary cards“), die für Therapeut und Patient der Hierarchisierung der Sitzungsthemen dienen und eine Auflistung der ausgeführten Skills darstellen, auch Essprotokolle wurden dabei benannt. Diese Protokolle wurden sowohl negativ (9), als auch positiv (15) bewertet. Überwiegend half es den Patienten den Tag rückblickend distanzierter zu reflektieren und zu strukturieren, auch die innere Anspannung einzuschätzen oder positive Erlebnisse zu erinnern, denen sonst weniger Beachtung geschenkt wurde.

„Und das hilft einem dann, im Rückblick auch immer nochmal, wenn man einfach 'ne Situation hatte, wo man sich dachte, oh, das geht jetzt überhaupt gar nicht. Und wenn man abends dann die daily-card schreibt, dann, im Rückblick betrachtet, sieht die Sache nochmal wieder ganz anders aus“. P 11, Z 207, „Ja. Ich habe es geschafft, 3 Kinder einzugewöhnen, 5 Räume zu malern....aber keine Ahnung...aber nicht dieses: ich hatte einen schönen Nachmittag mit meinem Kind oder....irgendwie...ja. Das hat mir sehr geholfen. Also diese Wochenprotokolle oder auch für mich zu sehen: O.K.,

*wie ist mein Lebenswandel? Oder wo muss ich dran arbeiten? So, das fand ich sehr wichtig.“ (P12, Z 119)*

34 Prozent der Angaben wurden jedoch negativ, d.h. als wenig hilfreich erlebt, die Patienten konnten mit den Protokollen „wenig anfangen“, erlebten diese als „zu anstrengend“ und „wehrten sich“ gegen das Ausfüllen der Protokolle:

*„I: Sie sagen ja, das Wochenprotokoll war blödsinnig für Sie... P: Ich habe es halt immer gemacht, aber im Grunde habe ich es nicht für wirklich sinnvoll gehalten.“ (P 28, Z 86-88), „Womit ich nicht viel anfangen konnte, diese Wochenprotokolle, da muss ich auch... die hab ich auch nicht oft gemacht.... (lacht) auch wenn wir die auch immer bekommen haben. Aber das war mir auch einfach immer zu anstrengend, immer haargenau zu gucken: Was hab ich für einen Skill gemacht? Also, ich wusste, ich hab was gemacht. Aber das alles immer so aufzuschreiben, also da hab ich mich innerlich auch gegen gewehrt. Und das hat sich auch übers ganze Jahr hingezogen, also für mich...“ (P 3, Z 206)*

Überwiegend positiv, also hilfreich im Rahmen inhaltlicher Strukturierungstechniken wurde die **Psychoedukation** bewertet (10 positive Nennungen von 11). Den Patienten war es wichtig, dass der Therapeut störungsspezifisches Wissen zu vermitteln wusste und sich mit den DBT-Fertigkeiten gut auskannte.

*„Positiv war, dass der Therapeut sich mit den Modulen auskannte.“ (P17, 47), „P: Na, gewisse Dinge halt auch so erklären, zum Beispiel mit den Synapsen im Kopf und dass sich ja gewisse Nervenbahnen auch neu bilden können, dass aber alte nicht abgekapselt werden können, so was halt.“ (P 9, 73-74).*

**Positives Feed Back** (5), i.S. positiver Verstärkung für funktionales Verhalten, wurde ausnahmslos hilfreich, v.a. unter motivationalen Aspekten, erlebt.

*„und an anderen Tagen, wo ich halt wieder total voll dabei, und hab dann halt ohne Ende da die Hausaufgaben gemacht, und hab halt letztendlich auch immer schnell die Rückmeldung bekommen, das hat mich dann halt auch wieder motiviert, und von daher hab ich halt immer weiter gemacht. Und dass ich halt auch nie abgebrochen*



*hab. I: Die Rückmeldung jetzt woher? P: Einzeltherapie oder Gruppentherapie, ... I: Also Beides. P: Bei den Hausaufgaben ist es dann halt meistens so, dass die Skills-Trainerin auch sagt, dass das doch 'n sehr guter Weg war oder wie sie's halt an sich auffasst, damit motiviert sie einen auch. I: Also, so 'ne Rückmeldung ist dann auch wichtig. I: Und auch Unterstützung? P: Ja, weil ich sag mal so, durch die Rückmeldungen merkt man, ok, da hat sich was geändert und ich merk auch so an sich in meinem Umfeld, dass ich bei manchen inzwischen positiver ankomme. (P 9, Z 176-182)*

**Formale Strukturierungstechniken**, wie die **Regelmäßigkeit** der Therapiesitzungen (5), **klare Regeln** (3), ein wahrgenommener **Roter Faden** (9) und die **Strukturierung der Sitzungen** (4) wurden als ausnahmslos unterstützend erlebt:

*„Den Therapievertrag fand ich ganz schräg, zu Beginn. Da habe ich mich dann aber auch gefreut. I: Inwiefern gefreut jetzt? P: Ahm, na es hat mir halt einfach Sicherheit gegeben, dass ich da so 'nen Zettel hatte, wo ich draufgucken konnte, was jetzt von mir erwartet wird und was nicht. Also ich, es hat die Situation für mich einfach ein Stück weit berechenbarer gemacht. Und hat mir halt Sicherheit dadurch gegeben“ (P 21, Z 80-82).*

Wenig unterstützend wurden Maßnahmen im Rahmen **Kontingenzmanagement** erlebt (5 positive und 6 negative Nennungen), v.a. ausbleibende Hilfsangebote (bspw. Therapiepause nach Suizidversuch:

*„aber Therapiepausen bringt mir gar nichts, außer das in mir Gedanken hoch kommen, die Therapie abubrechen, ich geh nicht mehr hin, die [Therapeutin] ist doof, die will mich gar nicht mehr haben und diese Gedanken kommen dann hoch, deshalb ist es keine Konsequenz sondern eine Strafe. Und es wird halt so schön verpackt: „Nein, es ist doch keine Strafe.“ (P 2, Z 73).*

In einer weiteren Unterkategorie dritter Ebene **erlebnis- und emotionsorientierte Techniken** (27 positive Nennungen) wurden Äußerungen eingeschlossen, die sich v.a. auf **Rollenspiele** (17 Codierungen) beziehen. Diese wurden ausnahmslos als hilfreich erlebt, v.a. wenn sich Therapeut oder Trainer als Modelle zur Verfügung stellten oder ein Perspektivenwechsel



gelang (in das Gegenüber hineinversetzen) und konkrete Rückmeldungen und Tipps gegeben wurden. Deutlich wurde dabei auch, dass diese Übungen zunächst als unangenehm erlebt wurden, insgesamt jedoch ein Profit wahrgenommen wurde. Wenig hilfreich wurde es rückblickend erlebt, wenn zu wenige erlebnisorientierte Übungen durchgeführt wurden oder nicht auf aversiv erlebte Emotionen eingegangen wurde:

*„Ich würde z.B. viel mehr auf Rollenspiele gehen, weil das wird eigentlich gar nicht gemacht, das ist ganz, ganz selten. Ich finde, dass man sich im sozialen Geflecht.....ich weiß nicht, wie viele Leute in der Therapie sind, die die Idee von Familienaufstellungen oder bla, bla, bla kennen...man muss auch nicht so esoterisch werden. Aber die Idee, Konflikte auszuagieren, ist für mich sinnvoll.“ (P 12, Z 124-136), oder „I: Was war weniger hilfreich in der Einzeltherapie? P: Das man teilweise nicht so in die Tiefe gegangen ist...I: Bei was? P: ...negative Erfahrungen, die man gemacht hat, sage ich jetzt mal. Dass das nicht so aufgegriffen wurde. I: Es blieb eher im Jetzt? So meinen Sie das? P: Genau. Es ging mehr um Jetzt...und das verstehe ich ja auch, es ging ja um eine Stabilisierung und so...aber manchmal war es schon schwierig, weil ...ja weil man dann nicht ...weil man dann erst einmal drinne war in diesem Film und dann Schwierigkeiten hatte, mit denen zu arbeiten, da wieder raus zu kommen. I: Also, wenn ich Sie jetzt richtig verstehe, war man eigentlich drauf...und hätte jetzt gern darüber gesprochen...aber es wurde ... P: genau I:...abgewürgt P: genau I:...also war nicht Thema P: genau...wurde da nicht weiter thematisiert und da habe ich dann hinterher gemerkt, dass es dann aber trotzdem noch da ist...(P 12, Z 124-135).*

Techniken, die nicht originär der DBT entspringen, wie **Imaginationsübungen** oder **Stuhlarbeit** kamen bei einigen wenigen Patienten vor und wurden ausnahmslos positiv und bereichernd erlebt.

*„Das hat mir auch noch sehr geholfen, dass das irgendwie, sozusagen, über verschiedene Übungen, diese Übungen, das auf verschiedenen, zwei Stühlen sitzen und sozusagen, sich selbst von außen zu betrachten, verschiedene Positionen einnehmen, sozusagen.“ (P 6, Z 58)*

Eine weitere Unterkategorie bilden **Visualisierungstechniken / Metaphern**, die allesamt hilfreich erlebt wurden (14 Codierungen). Zum einen werden Äußerungen inkludiert, die sich auf eine verbildlichende Erklärung, auch über Metaphern, durch den Therapeuten beziehen. Zum anderen wurde die Arbeit am Flipchart, sei es das Aufschreiben einer Verhaltensanalyse oder die schematische Darstellung besprochener Sachverhalte, als hilfreich erlebt.

*„dass das Ganze praktisch schon mal an so 'nem Flip-Chart aufgeschrieben wurde. I: Mh. P: Das fand ich hilfreich. I: Also, jetzt, was aufgeschrieben? P: Na, zum Beispiel, ah, dass bei der Achtsamkeit, die sich unterteilt in Wahrnehmen, Überschreiben, Mitteilen und so. I: O.k., o.k. P: Dass man das nicht nur so mündlich wiederholt irgendwie, und, sondern, also weil ich irgendwie so ein visueller Mensch bin, praktisch.“ (P 8, Z 152-158)*

Die letzte Unterkategorie in dem Komplex formaler Strukturierungsstrategien bezieht sich auf die Arbeit mit **Hausaufgaben** (7 positive, 7 negative Nennungen). Vor allem die in den Skillsgruppen aufgetragenen Übungen werden häufiger als positiv erlebt, meist wenn sie ressourcenorientiert gestaltet sind

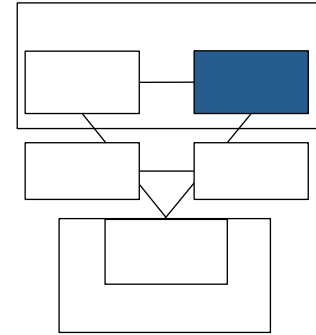
*„P: Ja, so kleine Hausaufgaben oder so, ist total super. Also, zum Beispiel 5 Murmeln in die Hosentasche und im Laufe des Tages müssen die in die linke Hosentasche wandern, und jedes Mal, wenn ich eine Murmel in die linke Hosentasche stecke, muss ich mir irgendwas Gutes tun, so kleine Spielchen, find ich total super.“ (P 1, Z 118)*

Jedoch gibt es auch Rückmeldungen (7), dass diese therapeutischen Aufgaben zwischen den Sitzungen als weniger hilfreich, v.a. unangenehm erlebt wurden:

*„P Angenehm und hilfreich? Eher nicht, da ich die meisten als recht unangenehm empfinde, völlig neue Sichten dann eben, weil man sich da mit sich selbst beschäftigen muss. (P 4, Z 64); „P: Ich muss ehrlich sagen, ich habe die Hausaufgaben meist vergessen.“ (Ebd., Z 112)*

## Hauptkategorie 2: „Therapeutische Sozialkompetenz und Persönlichkeit: Soft Skills“

Die Kategorie „Therapeutische Sozialkompetenz und Persönlichkeit des Therapeuten: Soft Skills“ umfasst Eigenschaftszuschreibungen, die dem Therapeuten aus Patientenperspektive zugewiesen werden und für den therapeutischen Prozess als hilfreich oder weniger hilfreich erlebt wurden. Diese Beschreibungen beziehen sich ausschließlich auf den Therapeuten. Die Patienten bewerteten hierbei, wie der Therapeut auf sie wirkte vor dem Hintergrund einer mehr oder weniger hilfreichen Wirkungseinschätzung.



**Tab. 14:** Kategorien für die Therapeutische Sozialkompetenz: Ebene 1-3, + bedeutet positive Nennungen, - negative Nennungen, Σ als Summe aller Nennungen

Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	+	-	Σ
2. Therapeutische Sozialkompetenz und Persönlichkeit: „Soft Skills“ (175)	2.1 Therapeutische "Soft Skills" (80)	2.1.1 Empathie	8	1	9
		2.1.2 Verständnis, Akzeptanz	18	3	21
		2.1.3 Aktives Zuhören	19	0	19
		2.1.4 Kompetenz ausstrahlen	10	3	13
		2.1.5 Offenheit/ Selbstoffenbarung	13	5	18
	2.2 Persönlicher Fingerabdruck (95)	2.2.1 Authentizität	13	6	19
		2.2.2 Bemühen, persönliches Engagement	27	3	30
		2.2.3 Gelassenheit, Ruhe	13	1	14
		2.2.4 Lebendigkeit, Aktivität, Kreativität	5	3	8
		2.2.5 Humor	7	0	7
		2.2.6 Allgemeine Bewertung	14	3	17

**Anmerkung:** 1 = positive, 2 = negative Nennung, 3 = Gesamtcodierung

### Unterkategorie Therapeutische Soft Skills

Am häufigsten werden Aussagen getroffen, die sich auf wahrgenommenes **Verständnis und Akzeptanz** (18 positive Nennungen, 3 Äußerungen, bei denen ein Mangel dieser Kompetenz wahrgenommen wurde), **Empathie** (10/1) und **Aktives Zuhören** (19) beziehen:

„Also in erster Linie erst mal das Verständnis. Das Verständnis ist in allererster Linie das Wichtigste: dieses gezeigte Verständnis. Und aber nicht nur gespielt, sondern

*aufrichtiges Verständnis“, P 16, 164 oder „Also was ich als hilfreich empfunden habe gerade am Anfang, wenn man so bestimmte Sachen versucht hat zu erklären, die man normalen Menschen nicht erklären konnte, dass da so ein Verständnis da war und auch so ein Einfühlungsvermögen was sich so im Kopf bei einem tut. Das fand ich sehr gut, dadurch war es einfacher zu erklären bestimmte Situationen, das empfand ich als sehr hilfreich, das hatte ich auch vorher noch nie so erfahren, dass fand ich halt sehr gut.“ (P 2, 79)*

Ebenfalls hilfreich war es für die Patienten, wenn es den Therapeuten gelang eine **Offenheit/Selbstoffenbarung** zu zeigen, die sich, im günstigsten Falle, auf eigene Unzulänglichkeiten und eigene menschliche Fehlbarkeiten des Therapeuten bezogen (13 positive Nennungen). Es war aber auch subjektiv wahrgenommene **Kompetenz**, die beinahe ebenso häufig als bedeutsam benannt wurde (10 positive Nennungen, 3 Aussagen, die sich darauf bezogen, dass keine Kompetenz erlebt wurde).

*„was ich als sehr unterstützend erlebt hab, also Herr X., also die Offenheit, also der war sehr offen und hat auch viele eigene Probleme, Sachen eingebracht so, das empfand ich auch als sehr hilfreich“, (P 24, 133). „P Ich fühlte mich da gut aufgehoben. Sie wirkte auf mich sehr kompetent, sage ich mal.“ (P 12, 100)*

Kritischer und weniger hilfreich wurde es in diesem Zusammenhang erlebt, wenn Therapeuten persönliche Habe („Luxus, ein fetter Sessel“) präsentierten oder die Räumlichkeiten zu viel Persönliches (i.S. Privatsphäre) enthielten (5 Nennungen):

*„Ja, und das ich dann irgendwie auch dachte A-r-b-e-i-t, ich weiß es auch nicht wenn es nicht doch anders gewesen wär, wenn die Räume neutral gewesen wären. {...} P: ich weiß es auch nicht, ich hatte davor mal so einen Therapeuten, fällt mir jetzt grad so ein, da fanden die Sitzungen auch in seiner Wohnung statt. Aber das war, da hatt' ich das zum Beispiel nicht, da hatte ich das nie angezweifelt. Irgendwie komisch.“ (P 17, 36-40)*

#### Unterkategorie Persönlicher Fingerabdruck

Obwohl der Interviewleitfaden keine Aufforderung an den Teilnehmer enthielt, den Therapeuten als Person einzuschätzen und die eher allgemein gehaltene Frage gestellt wurde,

was, bezogen auf den Einzeltherapeuten in der Therapie als hilfreich erlebt wurde, beschrieben die Patienten einen sehr persönlichen Eindruck des Therapeuten als Person, was von einer Teilnehmerin als „*persönlicher Fingerabdruck*“ bezeichnet wurde.

„Jeder macht's ja anders. Jeder hat ja seinen persönlichen Fingerabdruck in der DBT. Und das ist schon sehr interessant und auf jeden Fall auch hilfreich. (P 16, Z 179-180)

Hierzu zählen **Authentizität** oder das Fehlen dieser, was von den Patienten subjektiv sehr genau wahrgenommen zu werden scheint (13 positive Nennungen, 6 Äußerungen, die hier einen Mangel an Echtheit festhielten).

„Ich mag sie, weil sie aufrichtig sie selbst ist und nicht versucht, irgendwas anderes zu sein. Ich erleb sie als sehr stark, ich erleb sie als in sich sicher, so. Und das tut mir gut. Also, das ist einfach 'ne Persönlichkeit, ich begegne da einer bestimmten Persönlichkeit und nicht einer abstrakten therapeutischen Maske, sozusagen, die versucht, mir irgendwas vorzuspielen, was - was einfach so nicht funktioniert, meiner Meinung nach.“ (P 27, Z 54) oder negativ wahrgenommen: „und ja dieses Freundliche war immer so'n Kick zu aufgesetzt, ja irgendwie wirkte das nicht ganz so authentisch auf mich.“ (P 17, Z 45)

Ausschließlich positiv erlebt wurden in diesem Zusammenhang auch menschliche Fehlbarkeiten oder Eigenarten des Therapeuten. Es wurden „*Schusseligkeiten*“ (Vp 14) oder Momente im therapeutischen Verlauf beschrieben, in denen der Therapeut sich auch als unsortiert und „*verheddert*“ (P 16) zeigte. Diese Momentaufnahmen wurden jedoch stets eingebettet in eine Bewertung des insgesamt kompetenten, strukturierten Therapeuten, der sich an einem „*roten Faden*“ (P 16) zu orientieren weiß.

„P: Er ist freundlich und schusselig. I: Schusselig? P: Ja, und er ist durch den Wind manchmal. Und trotzdem ist er cool (i.S. kompetent)“ (Vp 4, Z 56-58), oder „Und ist aber auch zerstreut manchmal [...] total verheddert aber finden immer wieder den Faden“ (Lachen) (P 16, Z Z 101); „P: Die war sehr motiviert gewesen und hat auch nicht so schnell aufgegeben, wenn sie halt gemerkt hat, ok, da stimmt irgendwas nicht, dann hat' se's auch angesprochen, und war auch wirklich sehr bemüht gewesen, dass

*ich halt immer wiederkomme, sag ich jetzt mal, das ist bei Borderlinern ja immer mal das Thema.“ (P 9, Z 70).*

Die nächste Unterkategorie befasst sich mit Codierungen, die sich auf eine **Allgemeine Bewertung**, häufig einen Vergleich mit zuvor erlebten Therapeuten bezieht. Es werden hierbei keine genauen Beschreibungen des Therapeuten vorgenommen, Bewertungen erfolgen vielmehr vor dem Hintergrund der erhöhten therapeutischen Vorerfahrung der Patienten.

*„und ich bin da positiv überrascht von ihr. Also ich hab schon einige Therapeuten gehabt in meinem Leben, ich glaub so fünf. Und äh... den einen hatt ich jetzt nicht als Therapeut, aber mit dem hab ich auch schon Gespräche gehabt, und ähm... mit dem hab ich auch so mal ein paar Sitzungen gehabt, bei dem ich auch so ein gutes Gefühl gehabt habe. Das war Herr H. Ja, ich glaub Dr. H war er, ist er. Und der Herr S, der war auch sehr gut. Also, ich glaub, ich hab 15 Therapeuten kennengelernt, und äh... und auch schon kurze Gespräche gehabt, und das war nicht so... und auch das, was ich von anderen Leuten hör, ist nicht so... Also, sie ist schon sehr zu empfehlen.“ (P 16, Z 95)*

Weitere Unterkategorien betreffen Aussagen, die sich auf eine erlebte **Lebendigkeit/Aktivität, Kreativität** und **Humor** beziehen. Obwohl die meisten Bewertungen positiv waren, kamen bei „Lebendigkeit“ einige (3 von 8 Codierungen) vor, die eine zu aktive Vorgehensweise zu Beginn negativ befanden. So war eine insgesamt wahrgenommene Gelassenheit und Ruhe des Therapeuten hilfreich, v.a. in Krisensituationen. Im Wechselspiel mit Lebendigkeit, Engagement und Humor wurde diese wahrgenommene **Ruhe** als besonders unterstützend für das Erreichen der Therapieziele bewertet.

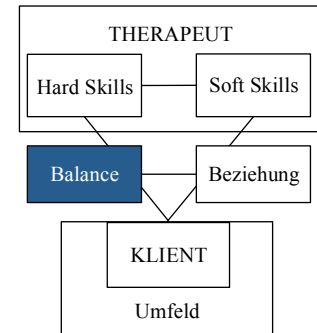
*„P: Die hat halt viel Humor und das fand ich halt super“ (P1, Z 126); „Sie lacht viel mit mir“ (P 14, 54) oder „und dann auch ja, man kann ja auch lachen, es gibt auch heitere Abschnitte das fand ich irgendwie auch hilfreich“, (P 17, Z 45) oder „Also (lacht) wenn irgendwie wieder zugeht wie in der (lacht) Geisterbahn, sind die [Skillstrainer]betont gelassen (lacht).“ (P 16, Z 176)*

Die gleiche Teilnehmerin empfand zu viel Ruhe als negativ:

„ihren Trainingspartner [in der Skillsgruppe], den sie dabei hatte, der war sehr, äh, bisschen luschig, am Anfang – bin natürlich voll in der Bewertung drin – aber der war halt zu ruhig, das hab ich ihm auch gesagt, dass er zu ruhig ist“ (P 16, Z 200).

### Hauptkategorie 3: „Methodenbalance“

Die Hauptkategorie „Methodenbalance“ kann als Vermittler zwischen wahrgenommener therapeutischer Fachkompetenz und dem Klienten in seinen fluktuierenden emotionalen Zuständen und Bedürfnissen betrachtet werden. Die Patienten nehmen ihre Therapeuten wahr als balancierende Vermittler zwischen konzeptuellen, fachspezifischen Vorgaben und den jeweiligen, prozessualen Bedürfnissen des Klienten, also ihrer selbst, in der Therapiesituation. Es werden Vorgehensweisen, auf Seite des Therapeuten, durch den Patienten erlebt, die einen Anpassungsvorgang erfahren lassen aus konkreten Techniken und ihren individuellen Bedürfnissen.



**Tab. 15:** Kategorien für „Methodenbalance“: Ebene 1-2; + bedeutet positive Nennungen, - negative Nennungen,  $\Sigma$  als Summe aller Nennungen

Ebene 1	Ebene 2	+	-	$\Sigma$
3. Balance aus Therapieleitfaden und Patient (87)	3.1 Methodenanpassung vs. – konformismus	28	4	32
	3.2 Direktivität / Konsequenz	21	19	40
	3.3 Meinungsverschiedenheiten	6	4	10
	3.4 Selbstverantwortung des Patienten forcieren	5	0	5

**Anmerkung:** 1 = positive, 2= negative Nennung, 3= Gesamtcodierung

Die Unterkategorie **Methodenanpassung** umfasst konkrete Therapietechniken, die in der klientenbezogenen Wahrnehmung vom Therapeuten abgewandelt werden, damit es dem Patienten gelingen kann, darauf anzusprechen bzw. Übungen auszuführen. Des Weiteren wurden methodische, manualisierte, Vorgaben in Abhängigkeit von der Patientenproblematik verändert oder nicht umgesetzt (bspw. Wochenprotokolle).

„P: Genau. Also, wir haben das modifiziert, weil ich ja kein selbstverletzendes Verhalten mehr habe, schon lange. Deshalb haben wir das regelmäßig modifiziert und angepasst auf andere selbstschädigende Verhaltensweisen oder Gedankenmuster, die ich habe, das war schon sehr hilfreich, das so engmaschig zu überprüfen.“ (P 27, Z 60)

Unter der Unterkategorie **Direktivität** werden Aussagen getroffen, die ein „resolutes“ bzw. direkteres Vorgehen in Krisensituationen oder bei Vermeidungsverhalten als hilfreich konnotieren, was auch impliziert Grenzen oder Regeln aufzuzeigen (21 positive Nennungen).

*„P: [...] dass sie eben auch Kritik übt und einem auch mal sozusagen ‚ne rote Karte zeigt und – ich kenn das halt sonst immer, es wurde nie was gesagt und dann wurde man irgendwo rausgeschmissen, zum Beispiel, ja? Und ich hatte ja hier wirklich Probleme, regelmäßig teil zu nehmen und sie hat mich halt immer wieder darauf hingewiesen und mich sozusagen nicht ins offene Messer laufen lassen, ja?“ (P 15, Z 115-116). P Ja, weil es halt auch wieder in so Situationen, in denen ich normalerweise weglaufe, dann animiert werde, da mal hinzu schauen, was ich ja sonst auch nicht tue. Hinschauen, warum die Situation so ist, was da schief gelaufen ist und dann zu gucken, was kann ich denn tun, damit es sich ändert oder damit es besser wird oder was ich das nächste Mal machen könnte, (P 28, Z 101)*

Es werden jedoch auch Codierungen inkludiert, die ein direkteres Vorgehen negativ bewerteten (19), wobei die Patienten sich dabei unter Druck und Vorwürfen ausgesetzt fühlten. Dies geschah meist bei therapeutischen Aufgaben, die die Patienten als Überforderung empfanden, auch wenn sie sich als „kleines Kind“ behandelt fühlten, „lehrerhaft“ (P 16) mit ihnen umgegangen wurde, oder zu sehr „gebohrt“ (P 20) wurde.

*„Ja, also er hat es schon manchmal bewertet. Und ich hab ihm auch gesagt, dass ich mir angegriffen oder kritisiert vorkam. Also. Mir gings danach nicht gut, weil ich dann auch mal ein SORKC-Schema auf eine Flipchart-Seite schreiben sollte, um mich zu motivieren, und damit ich es auch mal vollständiger mache, und nicht so bröckelweise und es immer nie zu Ende gebracht hab. Aber es spiegelt halt mein Leben auch dar. Dass ich irgendwie immer nur ein bisschen von jedem... und, das war mir auch nicht so klar, dass es für mich so schwierig ist.“ (P 3, Z 80); „Herr B. hat ein oder zweimal versucht auf diese Hausaufgaben festzunageln, zu erzwingen, dass ich diese Hausaufgaben mache und bei so was könnt ich völlig ausrasten, das geht gar nicht“, (P 24, Z 121); „P: Meistens war das dann nicht so gemeint, hat sie das nicht so gemeint, die hat’s dann ganz anders gemeint. I: Was ist mit gemeint gemeint? P: Das was sie gesagt hat. Ich hatte ihr gesagt, weiß ich nicht, ich fühle mich in die Rolle*



*gedrängt, als wenn ich 'n kleines bockiges Kind bin, ich dachte, ich kann mal etwas zu meinen Gefühlen sagen und sie meinte, „wenn sie das jetzt so empfinden, dann wird das schon so sein.“ Eigentlich sagt sie dann ja „ich wollte sie in die Ecke drängen.“*  
(P 7, Z 85-87)

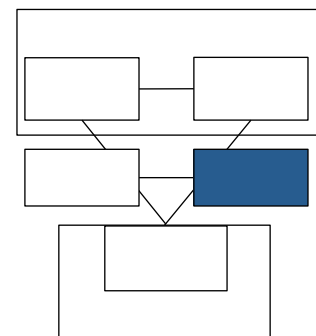
In der Kategorie **Meinungsverschiedenheiten** werden Aussagen getroffen (4), bei denen Patient und Therapeut unterschiedlicher Ansicht waren und sich letztlich der Therapeut mit seiner Interpretation der Situation durchsetzte. Es werden aber auch positive Auseinandersetzungen zwischen Therapeut und Patient (6) beschrieben, bei denen es gelang eine Klärung oder Kompromisse herzuleiten.

*„P: Ja. Und das war auch so, dass dann die Skillsgruppenleiterin mich einmal im Einzelgespräch [...] überlegt habe, ob ich es weitermachen soll und so weiter...und sie gesagt hat, sie möchte das sehr gerne, aber sie sieht halt, dass ich gerade irgendwie komplett quer gehe und was denn läuft. Und da war ich auch kurz vorm Schmeißen...dass ich das nicht geschmissen habe, ist schon super [...] da konnte ich thematisieren, dass ich alles als Angriff auf mich selber nehme. Und dass einfach, was ich in dem Workshop, was ich in der Gruppe halt hauptsächlich gelernt habe, dass Sachen halt Angebote sind und von mir getrennt, dass eben nicht alles ein Angriff auf mich ist. Wenn ich was anderes sehe, anders sehe, dann darf ich das anders sehen.“*  
(P 19, Z 324-325)

#### Hauptkategorie 4: „Therapeut-Patient-Beziehung“

Die Hauptkategorie „Therapeut-Patient-Beziehung“ beinhaltet 51 Codierungen, die auf eine Begegnung von Patient und Therapeut fokussieren. Das WIR der Therapie umschreibt hier das, was stattfindet, wenn beide Personen in ihrem Aufeinandertreffen etwas bewirken, eine Beziehung entsteht, etwas Gemeinsames. Häufig kommt dann auch ein „Wir“ im Zitat vor. Ebenso werden

Benennungen inkludiert, die ein Gefühl des Patienten, bezogen auf den Therapeuten beschreiben („ich fühle mich bei ihm wohl“). Im Unterschied zur vorherigen Hauptkategorie, die zwischen Patient und Technik vermittelte, geht es hier um die darüber hinaus stattgefundene Interaktion von Patient und Therapeut.



Und im Unterschied zu den Beschreibungen des Therapeuten in der Kategorie „Therapeutische Sozialkompetenz“ wird hier die *Wirkung* der wahrgenommenen Therapeuteneigenschaften auf den Patienten deutlich und eine Bewertung dieser durch den Patienten, bspw. ein entstandenes Vertrauen, oder eine erlebte Sympathie.

**Tab. 16:** Kategorien für „Therapeut- Patient- Beziehung“: Ebene 1-2; + bedeutet positive Nennungen, - negative Nennungen,  $\Sigma$  als Summe aller Nennungen

Ebene 1	Ebene 2	+	-	$\Sigma$
4. Therapeut-Patient-Beziehung	4.1 Bewertung der Beziehung zum Therapeuten	28	7	35
	4.2 Wirkung der Interaktion	11	1	12
	4.3 Positive Identifikation mit TherapeutIn	4	0	4

**Anmerkung:** 1 = positive, 2= negative Nennung, 3= Gesamtcodierung

In der am häufigsten genannten Unterkategorie **Bewertung der Beziehung zum Therapeuten** zeigen sich häufiger positive Nennungen (28 von 35). Die Patienten beschreiben dabei, sich „wohl gefühlt“ zu haben, empfanden Sympathie für ihren Therapeuten, mochten ihn.

„Ich mag den gern.“ (P 4, Z 54); „also ich hab mich da schon wohl gefühlt“ (P5, Z 47); „Da kommt wieder die Beziehung zum Therapeuten, spielt dann da wieder rein, wenn man da ,n gutes Gefühl hat, sozusagen, ,n positives Gefühl hat und der einem auch 'n positives Gefühl vermittelt, dann kann da ganz gut was gehen“ (P 6, Z 110); „P: Ich glaub, es ist von Vorteil, wenn man sich mag. Also, wenn man das Gefühl hat, also ich hatte das Gefühl, dass sie mich mag. Ich mochte sie auch, und wirklich das Mögen dann, glaub ich, ist das, jenseits der Techniken, extrem hilfreich.“ (P 6, Z 56); „Also, sie vermittelt mir einfach das Gefühl, dass ich ihr vertrauen kann und das find ich halt unheimlich wichtig weil das kenn ich so eigentlich nicht. Und – ja, ich denk, das ist eigentlich die Basis überhaupt – ja.“ (P 15, Z 61)

Bei den Negativnennungen beschreiben die Patienten unangenehme Gefühle, bezogen auf ihren Therapeuten. Vor allem wenn dieser ihnen „suspekt“, „schwer greifbar“, „zu forsch“ oder „zu zurückhaltend“ (P 17, P 16) erschien, fühlten sie sich nicht wohl in der Beziehung.

Bei der Kategorie **Wirkung der Interaktion** können direktere Verbindungen zur Hauptkategorie *Soft Skills* gesehen werden. Einige Therapeuteneigenschaften, wie o.g. „Schusseligkeit“ zeigten einen positiven Effekt für die Patienten. Den Therapeuten auch

„zerfahren“ zu erleben, sorgte für eine wahrgenommene „Leichtigkeit“ in der Beziehung (11 von 12 Nennungen wurden hier positiv bewertet):

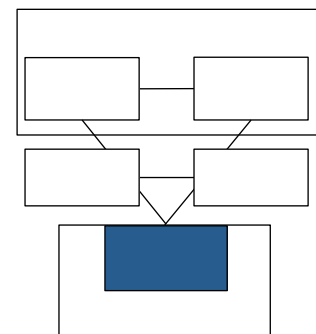
„also man, man kriegt halt irgendwie so 'n Gefühl, was wert zu sein, einfach, ja? Dass jeder Mensch halt was Besonderes ist. Und das find ich halt, das stärkt natürlich einfach auch wieder den Selbstwert, ja“ (P 15, Z 112); „Er hat mich dazu gekriegt, dass ich den Willen habe, die Therapie zu machen“ (P 18, Z 25); „I: Auch gerade, weil es so verworren manchmal ist? P: Ja, genau, aber in dieser Verwirrung auch wieder eine Ordnung stattfindet – das organisierte Chaos, und... (Lachen) P: Wie gesagt, das ist auf jeden Fall für die Leichtigkeit sehr wichtig. Also zwischenmenschlich bringt das sehr gut einen Drive rein.“ (P 16, Z 190)

Bei der Kategorie **Positive Identifikation mit Therapeuten** wird ebenfalls die Vermittlerrolle der Hauptkategorie „Beziehung“ zwischen wahrgenommenen Therapeutenvariablen und der Verbindung zum Klienten deutlich. Es werden Aussagen eingeschlossen, bei denen eine positive Bewertung der Therapeutin eine Wahrnehmung auch eigener, patientenbezogener, positiver Merkmale nach sich zogen. Der Therapeut verkörpert modellhaft positive Eigenschaften, die der Patient in sich selbst sieht und dort weiter „kultiviert“.

„Es ist eine positive Spiegelung. Also, sie ist ein sehr fairer und guter Spiegel, was man ja auch braucht, in einem Therapeuten. Und das ist wirklich gut...“ (P 16, Z 93)

### Hauptkategorie 5: „Klientenfaktoren“

Die *Klientenfaktoren* stellen mit 161 Codierungen eine weitere bedeutsame Hauptkategorie dar. Diese schließt einmal unterstützende patientenbezogene Faktoren, die *Eigene Fähigkeiten, Ressourcen* (kompetenzbezogen) und *Eigener Wille* (motivationale Faktoren) genannt wurden, ein, aber auch weniger hilfreiche Einflüsse, wie *Blockierende Gefühle und Zustände*.



**Tab. 17:** Kategorien für „Klientenfaktoren“: Ebene 1-2; + bedeutet positive Nennungen, - negative Nennungen,  $\Sigma$  als Summe aller Nennungen

Ebene 1	Ebene 2	+	-	$\Sigma$
5. Klientenfaktoren (161)	5.1 KÖNNEN: Eigene Fähigkeiten, Ressourcen	24	0	24
	5.2 WOLLEN: Eigenes Engagement, Wille, Bereitschaft	89	16	106
	5.3 Blockierende Gefühle, Zustände	0	29	29
	5.4 Hoffnung	2	0	2
Anmerkung: + = positive, - = negative Nennung, 3= Gesamtcodierung				

Der **Eigene Wille** steht mit 97 positiven von 106 Codierungen im Vordergrund und inkludiert Aussagen zum eigenen Engagement und einer inneren Bereitschaft, etwas zu verändern. Ebenso zählt eine Offenheit dazu, die therapeutischen Angebote wahrzunehmen bzw. umzusetzen.

„P: Ja, ich hab’n ziemlich starken Willen, so. Also, ja, also, so, relativ starken Willen, das zu verändern, um mehr Lebensqualität zu gewinnen“ (P1, Z 164); „Und wenn’s eben heißt, 2 Wochen wird kein Alkohol getrunken, wir gucken mal hier, wir gucken mal da, und machen, probiern jetzt mal in die Richtung, in diese Richtung und ... Dann muss man da halt wollen und mit Wollen und durch wollen und das eben auch erreichen wollen.“ (P 6, Z 110); „P: Ja, auf jeden Fall. Ahm, also meine Wohnung ist so ah teilweise mit Merktzetteln und Verhaltensanalysen tapeziert und mit so, ja, DBT Grundannahmen hängen am Spiegel und so ‘ne Sachen alles. Ahm, das ist auf jeden Fall richtig gut. Also das hilft. Wenn man vorm Fernseher sitzt und die ganze Zeit irgendwie so in der Peripherie des Augenwinkels diese Liste hängen hat, oder so, das ist Klasse... Ja, es ist wirklich hilfreich. Und der eine Teil, wie so ein trotziges Kind so, äh, ne, mhm, aber der übergeordnete Teil sagt dann irgendwie, doch, du weißt genau, dass das gut für dich ist.“ (P11, Z 76-77).

Gleichwohl wurden negative Aussagen gefunden, die verdeutlichen, dass die Patienten es auch als wenig hilfreich empfanden, wenn sie sich selbst „blockierten“ oder sich nicht einlassen wollten.

„Also irgendwie werd’ ich den Eindruck nicht los, dass das eben an meinem nicht richtigen Wollen liegt“. (P 7, Z 7)

Bei der Unterkategorie **Eigene Fähigkeiten und Ressourcen** werden ausschließlich positive Aussagen getroffen, die eigene soziale Kompetenzen, Disziplin, Ausdauer, musische Interessen oder Humor als positive, eigene Wirkfaktoren hinsichtlich der erlebten Veränderungen verstehen.

*„Ja, dann besorg ich mir in meiner Freizeit auch genug Ausgleich, also grad auch wieder Musik. Was auch beruflich rein fließt, das bedingt auch alles gegenseitig.“ (P 16, Z 136); „Ja, ich unternehme halt allgemein viel, hab ich aber vorher auch schon gemacht, mal hab ich ,ne Phase, wo gewisse Ängste hoch kommen, dann hab ich wieder Phasen, da kann ich ganz viel unternehmen, ohne Probleme, und so ist es eigentlich in der Hinsicht gleich geblieben [...] ins Kino gehen, Billard, Kultur, Kabarett, Theater“ (P 9, Z 33-38)*

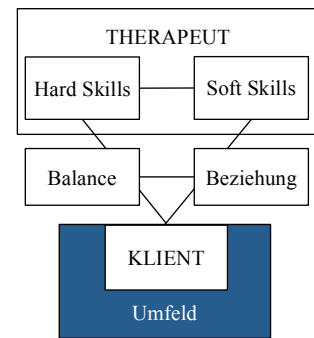
Ausschließlich negative Aussagen (29) werden bei der Kategorie **Blockierende Gefühle, Zustände** benannt. Es werden dabei überwiegend Versagensgedanken und Schamgefühle im Rahmen der Einzeltherapie oder Skillsgruppe angegeben, die verhinderten, sich auf den therapeutischen Prozess einzulassen und letztlich zu profitieren.

*„am Anfang habe ich mich sehr gegen die Skillsgruppe gedrückt, weil...ich nicht verstanden habe, dass das eine Art Strategien sind, die man auf sich anpassen darf. Sondern ich dachte: ich muss die eins zu eins übernehmen oder die müssen....genau diese Zielsetzung haben oder was auch immer. Und das habe ich gar nicht verstanden, dass das von Anfang an in der Skillsgruppe nicht so angelegt war, aber dass ich das so gedeutet habe. Also meine extreme Feindseligkeit, dass ich da einfach jemand war, der nicht aufgemacht hat, dass ich das gar nicht wahrgenommen habe.“ (P 19,Z 236); P Ich denke schon, ich glaube, ich hätte wahrscheinlich noch mehr rausnehmen können, wenn ich nicht immer wieder Angst gekriegt hätte und weggelaufen wäre oder mich umgedreht hätte sozusagen. Nur ist es manchmal halt nicht so leicht, über seinen Schatten zu springen.“ (P 28, Z 33)*

### Hauptkategorie 6: „Umfeld“

In der letzten Hauptkategorie Umfeld werden Aussagen getroffen, die sich auf die soziale Umgebung, wie Familie, Bekannte und Beruf beziehen.

Vier Unterkategorien ließen sich dabei ermitteln: Soziale Unterstützung, Berufliche Entwicklung und Lebensereignisse.



**Tab. 18:** Kategorien für „Umfeldeinflüsse“: Ebene 1-2; + bedeutet positive Nennungen, - negative Nennungen,  $\Sigma$  als Summe aller Nennungen

Ebene 1	Ebene 2	+	-	$\Sigma$
6. Umfeldeinflüsse (93)	6.1 Soziale Unterstützung	44	21	65
	6.2 Berufliche Entwicklung	12	3	15
	6.3 Medikamente	3	0	3
	6.4 Lebensereignisse (Bsp.: Geburt, Epileptischer Anfall)	8	2	10

**Anmerkung:** 1 = positive, 2 = negative Nennung, 3 = Gesamtcodierung

Überwiegend werden in dieser Hauptkategorie Angaben zu einer als hilfreich erlebten **sozialen Unterstützung** gemacht. Mit 44 positiven Nennungen werden Beziehungen beschrieben, die unterstützend erlebt werden. Das können neu geknüpfte Kontakte sein:

„P: Ich hab’n netten Freund, der ganz, ganz nett ist. I: Das ist doch super! P: Also, vorher bin ich halt immer eher so an Arschlöcher geraten und irgendwie hat sich das so’n Bisschen gewandelt, dass ich halt jemanden wollte, so, der ... Und dann hab ich auch jemand Nettes kennengelernt. I: Fällt Ihnen noch was ein, was sich verändert hat? P: (...) ich fühl mich nicht mehr so einsam und – ja, das war’s auch.“, (P 1, Z 27-32)

oder auch bestehende Freundschaften, die als unterstützend, auch hinsichtlich der Symptomatik und Therapie erlebt wurden:

*„und auch einige Freunde, die dann Bescheid wussten und jenseits der Frage: “OK – wenn Du das weißt, wieso kannst Du dann nichts machen?“ dann doch versucht haben, da eben zugehört haben, auch nochmal nachgefragt haben, man sich da ausgetauscht hat, sozusagen, die das auch – wo ich auch weiß, dass die das auch kritisch bewertet hätten, wenn sie gemerkt hätten „Hey, das tut Dir jetzt grade nicht gut irgendwie, die ganze Sache [Therapie]“ (P6, Z 112)*

Es sind aber auch zahlreiche negative Nennungen (21) unter dieser Unterkategorie zu finden, die sich auf eine fehlende Unterstützung beziehen:

*„Na ja, nicht unterstützt. Ich hab halt ab und zu mal was erzählt, und so... Die reden halt sowieso nur... gehen halt nur darauf ein, wenn's mir gut geht. Wenn's mir schlecht geht, dann... das wollen sie nicht hören, damit können sie nicht umgehen.“ (P 3, Z 214)*

oder Therapieerfolg minimierende Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld:

*„...von ihrer [Partnerin des Patienten] Seite aus, also es hängt auch ein bisschen mit der Therapie zusammen, weil sie sagt ich mach jetzt schon ein Jahr Therapie und gewisse Sachen dürfen nicht mehr passieren, dass ich mich selbst verletze. Dann heißt es immer: „Naja, du machst das ja schon so lang.“ Und es wird immer gar nicht gesehen, dass es alles schon viel, viel weniger geworden ist. Und ja, das ist ein bisschen problematisch, dass wenn dann mal ein Vorfall ist, mir so gesagt wird, dass es alles nichts nützt und dann kommen so Sprüche wie: „Ist mir eh egal was du machst.“ (P2, Z 54-55)*

Eine **berufliche Entwicklung** wird überwiegend günstig erlebt zur Erreichung der Therapieziele (11/3), was sich auf die Strukturierung des Alltags bezieht, aber auch auf soziale Kontakte während der Arbeit, die ein soziales Vermeidungsverhalten verhindern.

*„I: Und so im Beruf? Ich weiß nicht ob Sie berufstätig sind? P: Da ist eigentlich alles wunderbar. Das ist mein bester Skill. I: Und war es auch schon davor? P: War es auch schon davor, ich hatte zum Glück nie arbeitslose Zeiten und das hat mich immer ganz gut so bei der Stange gehalten.“ (P2, Z 32-41)*

Die wenigen Negativnennungen bezogen sich darauf, dass die Therapie auch zeitaufwendig war, wenn einer Vollzeitbeschäftigung nachgegangen wurde, damit auch weniger Freizeit zur Verfügung stand.

**Lebensereignisse** oder Lebensveränderungen stellten überwiegend einen positiven Einfluss auf die Erreichung der Ziele dar (8 von 10 Nennungen). Die Geburt eines Kindes, ein neuer Partner, ein Umzug oder Wettereinflüsse wurden hier genannt. Eine Patientin berichtete jedoch auch einschneidende Veränderungen durch einen erlebten epileptischen Anfall.

Die negativen Nennungen bezogen sich in dieser Kategorie auf die Krebserkrankung einer wichtigen Bezugsperson.

### **Restkategorie**

Nicht klar zuordenbare Aussagen wurden in einer Restkategorie geführt (38 Nennungen). So gab es bspw. 3 Nennungen, die sich auf eine positive Wirkung von Medikamenten bezogen, jedoch auch negative Auswirkungen. Es finden sich hier auch sehr abstrakte Aussagen, die sich auf vorherige Therapien bezogen. Ein wichtiger Faktor sind auch Dinge, die vermisst wurden, so gab es 9 Nennungen, die den Wunsch nach mehr emotionsfokussierterer Vorgehensweise ausdrückten:

*„Es wär sicherlich noch ein bisschen schlauer, da noch ein bisschen mehr Emotionales rein zu tun, aber das kann ja noch werden“. (P 6) oder ja, dann auch diese Gefühle und, ja, da hätt' ich mir vielleicht 'n bisschen mehr gewünscht, aber ...I: Haben Sie das thematisiert oder nicht oder ...? P: Ja, eigentlich ständig, aber da kam auch jetzt öfter mal von Dr. V, dass das ja eigentlich nicht unbedingt das Thema wäre, wobei es eigentlich mein „das Thema“ ist, weil um was Anderes geht's mir ja eigentlich gar nicht. I: Worum ging's Ihm? P: Ihm ging's eigentlich mehr um mein Verhalten, also in bestimmten Situationen, was mir allerdings schwer fiel, ihm dann –*



*ja, zu erklär'n oder zu sagen auch, und ... Ja, ich hätte mir einfach mehr gewünscht, so, dass man da 'nen Weg heraus findet.“ (P , Z 56ff)*

### **Fertigkeitengruppe**

Obwohl die gesamte Therapieerfahrung im Fokus der Befragung stand, wurden Angaben zu Faktoren, die speziell die Fertigkeitengruppe betreffen, nicht in die Analyse einbezogen. Dies hätte den Rahmen dieser ohnehin umfangreichen Arbeit gesprengt. Es kann jedoch der Ausblick gegeben werden, dass das vorliegende Datenmaterial neben DBT-spezifischen, Struktur gebenden Gruppenwirkfaktoren auch auf prozessorientierte Komponenten (Aspekte hilfreicher bzw. weniger hilfreicher Gruppendynamik, Universalität des Leidens etc.) , sowohl hilfreicher, wie auch weniger hilfreicher Art, schließen lässt. Gerade vor dem Hintergrund des „Workshop-Charakters“ der DBT-Skillsgruppe wird es interessant sein, auch diese Komponenten später näher zu analysieren.

In die vorliegenden Analysen wurden jedoch Aspekte eingeschlossen, die ebenfalls in der Einzeltherapie vorkommen, bzw. dort genutzt werden, bspw. hilfreiche und weniger hilfreiche Fertigkeiten oder Personeigenschaften der Trainer.

## **5.2.2 Die therapeutische Beziehung**

### **5.2.2.1 Faktorenstruktur des *Working-Alliance-Inventary***

In die Analyse wurden 1615 Variablen (Fragebogen-Items des WAI) in der Patientenversion inkludiert. Fehlende Daten wurden mit listenweisem Fallausschluss separiert, wobei Teilnehmer mit fehlenden Werten ausgeschlossen wurden. Die Voraussetzung für die Durchführung der Hauptkomponentenanalyse war erfüllt mit einem Kaiser-Meyer-Olkin-Maß von .94, was einen als exzellent einzustufenden Wert bedeutet, die Stichprobengröße ist damit angemessen (Field, 2009). Der Bartlett-Test auf Sphärizität, der sensitiv für die Verletzung der multivariaten Normalverteilung ist, verweist ebenfalls auf die Erfüllung dieser Voraussetzung.

Es konnten zwei Faktoren extrahiert werden, die einen Eigenwert  $>1$  aufweisen und gemeinsam 75.15% der Varianz aufklären. Eine ausführliche Darstellung des Screeplot findet sich im Anhang 2.4.3.

Nachfolgend werden die einzelnen Faktorladungen der Einzelitems dargestellt. Der erste Faktor „Bindung“ umfasst die Items 3, 7 und 9, die restlichen Items laden auf dem Faktor „Übereinstimmung/Zuversicht“.

**Tab. 19:** Erklärte Gesamtvarianz des WAI-P (N = 1499)

Faktor	Anfängliche Eigenwerte			Rotierte Summe der quadr. Ladungen		
	Gesamt	% d. Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% d. Varianz	Kumulierte %
1	7.92	66.01	66.01	5.82	48.53	48.53
2	1.10	9.14	75.15	3.19	26.62	75.15

**Anmerkung:** Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse

**Tab. 20:** Rotierte Komponentenmatrix des WAI-P

Item	Faktorladung	
	1	2
3. Ich glaube, mein Therapeut mag mich.	.28	.90
7. Ich habe das Gefühl, der Therapeut schätzt mich.	.29	.90
9. Der Therapeut und ich vertrauen einander	.45	.74
12. Ich glaube, die Art und Weise wie wir an meinem Problem arbeiten ist richtig.	.83	.33
8. Wir stimmen hinsichtlich der Themen überein, deren Bearbeitung für mich wichtig sind.	.82	.36
6. Die Therapieziele, auf die der Therapeut und ich hin arbeiten, stimmen überein.	.81	.36
1. Der Therapeut und ich stimmen überein hinsichtlich der Aufgaben, die ich in der Therapie ausführen muss, um meine Situation zu verbessern.	.78	.35
11. Wir haben ein gutes Verständnis bezüglich der Art der Veränderungen entwickelt, die für mich gut wären.	.77	.41
2. Das, was ich in der Therapie tue, vermittelt mir neue Wege, mein Problem zu betrachten.	.76	.36
10. Der Therapeut und ich haben unterschiedliche Auffassungen über die Art meiner Probleme.	-.76	-.19
5. Ich vertraue, dass der Therapeut die Fähigkeit besitzt mir zu helfen.	.74	.40
4. Der Therapeut versteht nicht, was ich in der Therapie zu erreichen versuche.	-.73	-.18

**Anmerkung:** Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. a. Die Rotation ist in 3 Iterationen konvergiert.

Diese Faktorenlösung wurde konfirmatorisch von Hild (2012) innerhalb einer Diplomarbeit im Rahmen dieses Promotionsprojektes mit dem Programm MPlus bestätigt.

### 5.2.2.2 Die Qualität der therapeutischen Beziehung

Es lagen von den 47 Patienten insgesamt 1769 Variablen (Fragebogen-Items des WAI) vor. Zur Ermittlung der Qualität der Therapieallianz werden die deskriptiven Befunde dargestellt. Mit einem durchschnittlichen Mittelwert von 5.1 (7= stärkste Ausprägung eines Items) über alle Patienten und den Behandlungszeitraum hinweg, kann von einer durchschnittlichen Bewertung der Therapieallianz im Antwortspektrum gesprochen werden. Aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Unterskalen des WAI zeigt sich deskriptiv ein Anstieg der Qualität der Beziehung über den Therapieverlauf.

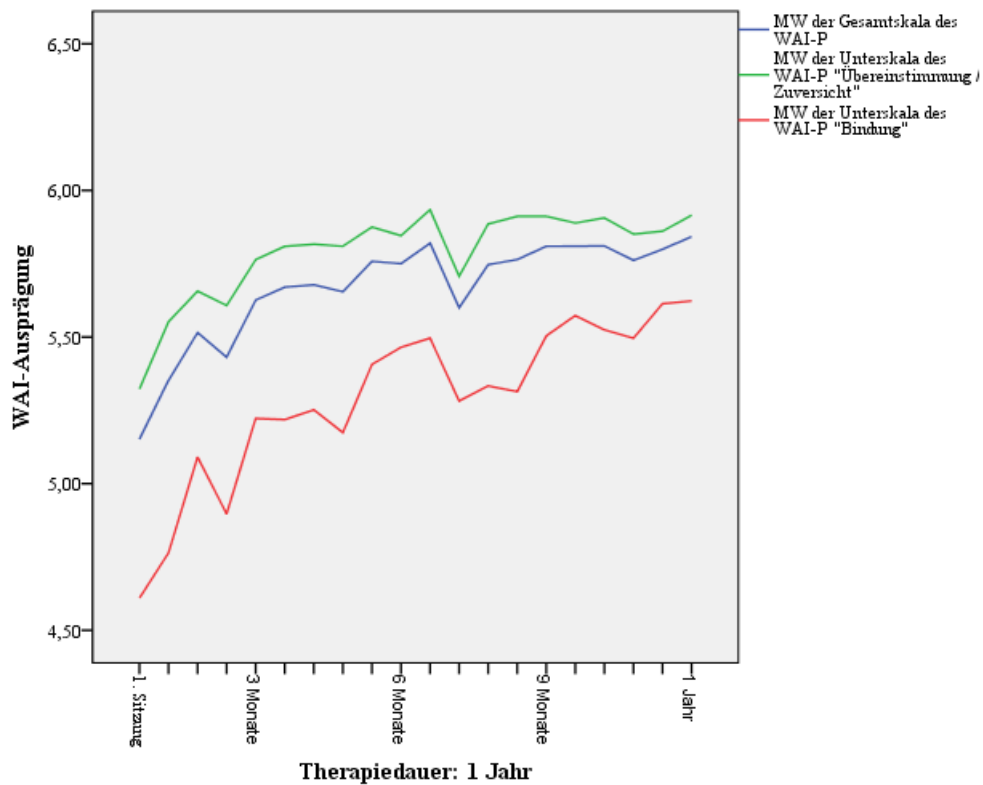
**Tab. 21:** Darstellung des WAI-P im ersten Therapiejahr: Deskriptive Werte

Therapieverlauf:	t 1			t 2			t 3		
	WAI-P			WAI-P			WAI-P		
	Z/Ü	Bond	Sum	Z/Ü	Bond	Sum	Z/Ü	Bond	Sum
<b>N</b>	45	47	46	43	45	43	46	47	45
<b>Min</b>	3.7	2.7	3.5	4.0	3.3	4.0	2.0	1.7	1.9
<b>Max</b>	7.0	7.0	6.9	7.0	4.0	7.0	7.0	7.0	7.0
<b>MW</b>	5.6	4.8	5.4	5.8	5.4	5.8	5.9	5.6	5.8
<b>(SD)</b>	(0.9)	(1.0)	(0.8)	(0.8)	(1.1)	(0.8)	(1.0)	(1.2)	(1.0)

**Anmerkung:** Die Ermittlung der frühen, mittleren und späten WAI's erfolgte durch Ausmittlung von jeweils 5 Sitzungen zu Beginn der Behandlung (erste 5 Sitzungen: WAI-t 1), orientiert am statistischen Mittel der Sitzungen (10.-14. Sitzung: WAI-t 2) und zum Ende (38.-42. Sitzung: WAI-t 3).

Auffällig ist dabei, dass auch bei differenzierterer, grafischer Darstellung über den zeitlichen Verlauf hinweg die Unterskala „Bindung“ kontinuierlich deutlich niedrigere Werte verzeichnet.

**Abb. 23:** Verlauf der durchschnittlichen Qualität der WAI-Skalen über den Erhebungszeitraum



Bei der Darstellung des WAI-P über den Zeitverlauf ist zu beachten, dass im Durchschnitt 20,3 Sitzungen ( $SD = 12,23$ ) gezählt wurden, wobei im Minimum 18 und Maximum 53 Sitzungen stattfanden über einen Zeitraum von etwa einem Jahr (T0 bis T3).

Bis zu 15 (32 %) Patienten hatten im Erhebungszeitraum mehr als 43 Sitzungen, auch die Therapietage zwischen T0 und T3 variierten zum Teil stark. Da in vorliegender Arbeit diese möglichen Einflussfaktoren nicht beachtet wurden, sondern die Erhebungszeitpunkte T0 bis T3 im Vordergrund standen und als Anker dienten, wurden die WAI-Verläufe auch in obiger Darstellung an den Erhebungszeitraum pro Patient angepasst.

### 5.3 Diskussion der Wirkfaktorenbefunde

Da bislang noch keine empirischen Befunde zu Wirkfaktoren innerhalb DBT-Evaluation vorlagen, wurden sowohl qualitative als auch quantitative Vorgehensweisen gewählt, um diese für vorliegende Störungsgruppe zu bestimmen. Es können die ermittelten Ergebnisse somit lediglich in Prozessforschungsergebnisse und – annahmen, die nicht speziell für Menschen mit BPS gefunden wurden, eingebettet werden (vgl. Kapitel 2.4.1 dieser Arbeit)

bzw. auf eher wenige Erkenntnisse und demgegenüber viele Vermutungen, speziell zur Behandlung der BPS verweisen (vgl. Kapitel 2.4.4).

Prozessfaktoren im Behandlungsgeschehen aus Patientensicht wurden zunächst qualitativ gewonnen und können mit 1053 Codierungen aus 28 Interviews als verallgemeinerbar und repräsentativ, mit Bezug zur Stichprobenbeschreibung, gelten.

Für die **Wirkfaktoren im Allgemeinen** bietet sich inzwischen eine kaum überschaubare Fülle von allgemeinen Annahmen und Befunde aus mehr als 50 Jahren Prozessforschung. Auf abstraktem Niveau werden vor allem Beziehungsaspekte, auch technische Faktoren und Aspekte, die im Klienten in seinem Lebensumfeld zu suchen sind als bedeutsam benannt (bspw. Frank, 1961, 1982; Orlinsky et al., 1994, 2004; Grawe, 1995, 1997, 1998, Asay und Lambert, 2006, Castonguay et al., 2006; Silberschatz, 2011). So ist es wenig überraschend, dass sich diese Faktoren auch in vorliegender Studie, ebenfalls auf einem hohen Abstraktionsniveau, auf Ebene der Hauptkategorien, weitestgehend ermitteln ließen: *Therapeutische Hard Skills* enthalten überwiegend störungsspezifische *Techniken*, *Klientenfaktoren* und *Umweltfaktoren* werden ebenfalls wieder gefunden, *Soft Skills* umfassen eine bestimmte Therapeutencharakteristik, wobei wahrgenommene *Empathie* und *Verständnis* ebenfalls hierzu zählten, von Rogers als therapeutische Basisvariablen benannt. Anders als bei den häufig störungsübergreifenden Befunden zu diesem Thema zeigen sich jedoch differenziertere und stellenweise widersprüchliche Ausgestaltungen und Gewichtungen dieser Hauptaspekte bei der hier untersuchten Störungsgruppe.

Eine Schwierigkeit bei der Einbettung der ermittelten Ergebnisse stellt dabei die heterogene Definition und vor allem Operationalisierung dieser Wirkfaktoren dar, was auf den beschränkten experimentellen Zugang zum Verständnis von psychotherapeutischer Wirkungsweise zurück zu führen ist (Grawe, 1992). Bisherige Studien zu Wirkfaktoren im Rahmen der DBT-Behandlung erbringen unterschiedliche Hauptwirkfaktoren, berufen sich jedoch auch auf sowohl Therapeuten- als auch Patientensicht (Perseus et al., 2003) und beschreiben deutlich geringere Fallzahlen (ebd., Cunningham et al., 2004, Turner, 2000, Araminta, 2000, zit. von Hodgetts, 2007) bzw. Einzelfallanalysen (bspw. Buckell & McMain, 2011). Ermittelte Wirkfaktoren beschreiben dabei sowohl einzelne Aspekte, wie die Haltung des Therapeuten oder das Unterschreiben eines Therapievertrages, als auch komplette Therapieelemente, wie die Gruppentherapie (Perseus et al., 2003).

Auf die quantitativen und qualitativen Befunde zur **Therapieallianz** soll nun ausführlicher eingegangen werden, gilt sie doch als das mit Abstand am häufigsten untersuchte Prozessmerkmal (Orlinsky et al., 2004; Martin et al., 2000; Svartberg, Stiels, 1995; Orlinsky et al., 1994b; Castonguay, 1993; Horvath et al., 1991; Norcross, 2002).

Der WAI in der Patientenversion, erhoben nach jeder einzelnen Therapiesitzung mit insgesamt 1612 erfassten Einzelitems (Fragebogenitems) bot eine adäquate Möglichkeit für einen quantitativen Zugang zum Untersuchungsgegenstand, als eines der am häufigsten verwendeten Instrumente, besonders auch im Zusammenhang mit der Untersuchung der vorliegenden Patientengruppe, die bislang systematisch hinsichtlich WAI gegenwärtig nur in der Studie von Spinhoven (2007) Befunde erbrachte.

Bei der Analyse des Working Alliance Inventory zeigt sich in vorliegender Studie eine Zweifaktorenstruktur: *Verbundenheit*<sup>17</sup> und *Übereinstimmung* bilden zwei unterscheidbare Faktoren innerhalb Therapieallianz und bestätigen damit bisherige Befunde im Rahmen kognitiver Verhaltenstherapie (Andrusyna, 2001). In der Spinhoven-Studie (2007) wurde die Dreifaktorenlösung von Horvath & Greenberg (1986) beibehalten, was die Übertragbarkeit hiesiger Befunde mit dieser Studie einschränkt.

Die ermittelte **Zweifaktorenlösung** wird durch die qualitativ ermittelten Beziehungsaspekte hiesiger Studie, gewonnen durch die halbstrukturierte Befragung der Patienten, untermauert.

Relevant ist dabei, dass von diesen Patienten zwar Beziehungsaspekte als hilfreich wahrgenommen wurden, diese jedoch deutlich seltener benannt werden als Aussagen über den Therapeuten als Person und mit seinen vermittelten *Hard Skills* und *Soft Skills* (v.a. von den Patienten wahrgenommenes persönliches Engagement). Als Beziehungsaspekte werden von den Klienten eher die Wirkung der Interaktion auf sie selber und vor allem die Bewertung der Beziehung zum Therapeuten benannt, bspw. durch die Aussagen „*ich mag den*“ oder „*ich hab mich wohl gefühlt*“. Bereits Ferenczi betonte in seinem klinischen Tagebuch 1932 Sympathie als Fundament der therapeutischen Beziehung.

Die Items, die unter der Unterskala Bindung im Working Alliance Inventory subsummiert werden (vergleiche Fußnote 17 auf dieser Seite), lassen sich dabei weniger häufig in den Patientenaussagen finden. BPS-Patienten scheinen Mühe zu haben, zu reflektieren, inwiefern der Therapeut sie mögen oder sie schätzen könnte, was mit dem Mentalisierungskonzept

.....

<sup>17</sup> Die drei, diesen Faktor ladenden, Items sind „Ich glaube, mein Therapeut mag mich.“ (Item 3) „Ich habe das Gefühl, der Therapeut schätzt mich.“ (Item 7) und „Der Therapeut und ich vertrauen einander.“ (Item 9).

(Fonagy, Bateman, 2006) erklärt werden könnte, wonach gerade Patienten mit BPS Schwierigkeiten haben, angemessen Gefühlszustände zu reflektieren.

Eine Erklärung für diese Schwierigkeit in der Einschätzung durch die Patienten könnte auch in den dysfunktionalen Kognitionen (Arntz et al., 2004) zu finden sein, die die Patienten über sich selbst haben, bspw. nicht gemocht werden zu können, nicht liebenswert zu sein. Möglicherweise können aber auch beide Konzepte als sich ergänzende Erklärungen heran gezogen werden.

Die qualitative Analyse zum Wirkfaktor *Therapieallianz* legt also viel mehr nahe, dass die Patienten eher den Therapeuten selbst in seinem Wirken auf die Therapieallianz einschätzen, als zu reflektieren, wie der Therapeut zu ihnen stehen möge. Aspekte der Therapieallianz finden sich, vorliegender Studie folgend, in drei Hauptkategorien (vgl. Abb. 26).

Die ermittelten Beziehungsaspekte stellen dabei eine Vermittlerrolle zwischen den subjektiv erlebten Therapeutischen *Soft Skills* in ihrem Wirken auf die Patienten dar, was auf eine entsprechende dialektische Balance zwischen therapeutischer *Sozialkompetenz* und den vorliegenden *Patientenfaktoren* schließen lässt.

Ebenso kommt der *Methodenbalance* eine vermittelnde Rolle zu, wobei diese aus Klientensicht eine Leistung des Therapeuten darstellt, die manualisierte DBT-Vorgehensweise (Fertigkeiten, Regeln, Vertragsinhalte und Kontingenzmanagement) auf die Bedürfnisse des Klienten anzupassen wobei dabei der Klient im Vordergrund stehen soll. Auch hier kann das Konzept der dialektischen Balance heran gezogen werden. Somit sind es diese drei Hauptkategorien: 1. der Therapeut mit seinen *Soft Skills* in seinem Wirken auf die 2. *Beziehung* zum Klienten und dessen Fähigkeit seine 3. *Methoden ausbalancierend* an die Bedürfnisse des Patienten anzupassen. Das Zusammenspiel dieser drei Wirkkomponenten beschreibt maßgeblich das Konstrukt *Therapieallianz* im Rahmen DBT-Behandlung aus Patientensicht. Dabei fokussiert der Wirkaspekt *Beziehung* auf die WAI-Unterskala *Bindung* und die *Methodenbalance* noch eher auf die Unterskala *Übereinstimmung und Zuversicht*, wobei die angewandten *Hard Skills* sicher ebenfalls der Zustimmung des Patienten bedürfen. Dies ist wichtig zu wissen, denn nur so können die ermittelten Befunde zum WAI umfassender erklärt und in Bezug zu den Therapieerfolgen und –misserfolgen gesetzt werden. So prädiszieren nicht nur störungsunspezifisch Beziehungsaspekte den Therapieerfolg, auch in der Behandlung der BPS prädiszieren ein hohes Commitment mit gemeinsam definierten Therapiezielen und gemeinsam erlebtes Verständnis und Akzeptanz ein besseres Outcome (Burckell & McMain, 2011). Dabei stellen eine dialektische Balance auch Nicht-Bewerten

und Validierung auf der einen Seite, gepaart mit direktiven, veränderungsorientierten Methoden auf der anderen Seiten bedeutsame Therapeutenqualitäten dar.

Smith et al. (2006) nehmen an, dass je stärker die Probleme der Patienten sind, desto geringer ausgeprägt ist die Qualität, hiernach gibt es „increased difficulty in forming an alliance with individuals with borderline personality disorder „ S. 368, zitiert in Castonguay et al., 2006).

Die BPS-Patienten nehmen in dieser Studie überwiegend, wie auch in anderen Studien zur BPS-Behandlung (Horowitz et al., Spinhoven et al., 2007), eine starke Therapieallianz wahr, wobei die Qualität im Verlauf noch weiter ansteigend ist. Interessant wäre noch die Frage, inwiefern die Schwere der Problematik auch die Qualität der Therapieallianz beeinflusst. Dies wäre für weitere Analysen möglicherweise bedeutsam.

Direkte Vergleiche der Beziehungsqualität mit der Studie von Spinhoven zu dieser Störungsgruppe würde mit einem hohen Informationsverlust einhergehen, vergleichende Aussagen wären wenig valide, da die holländische Version die drei Subskalen analog Horvath & Greenberg (1989) in Anlehnung an Bordin (1979) nutzte, Aussagen über die Faktorenstruktur des WAI werden dabei nicht gemacht. Zudem wurde eine 5-stufige Likertskala genutzt, während vorliegende Untersuchung die 7-stufige Version beibehält, auch unterscheiden sich der Erhebungszeitraum deutlich. Bewertungen zur Allianz wurden in 3-Monatsabständen gegeben, die gemittelten Werte unterscheiden sich auch deutlich.

In vorliegender Studie unterscheiden sich die **Unterfaktoren** *Bindung* und *Zuversicht/Übereinstimmung* in so fern, als dass sich im Verlauf eine subjektiv geringere Einschätzung der Qualität des Bindungsaspektes durch die Patienten beobachten lässt. Dies korrespondiert mit o.g. Befund, dass die Patienten verhaltener auf die Frage antworten, inwiefern sie glauben, dass der Therapeut sie mögen oder schätzen könnte.

Es wurde auf einen statistischen Vergleich dieser Mittelwertsunterschiede verzichtet, zum Einen aus Gründen des Umfangs, zum Anderen wären bestenfalls Zeitreihenanalysen notwendig, um möglichst wenig Informationsverlust zu verzeichnen, der durch Ausmittlung von früher, mittlerer und später Therapieallianz für diese Studie hingenommen wurde. Komplexere statistische hierarchische Modelle oder Zeitreihenanalysen werden dem Untersuchungsgegenstand gerechter.

Die BPS-Patienten erleben insgesamt, den vorliegenden Befunden zufolge, eine durchschnittlich positive Therapieallianz mit ihrem Therapeuten, die sich durch Werte im oberen Zustimmungsspektrum des WAI abbilden.



Für die **weiteren Wirkfaktoren**, über die Therapieallianz hinaus, werden ausschließlich die Befunde des qualitativen Ansatzes heran gezogen, da es bislang kein standardisiertes Erhebungsinstrument gibt, welches sowohl störungsspezifisch als auch unspezifisch umfassend jegliche Aspekte des Therapieprozesses im Rahmen BPS-Behandlung erfasst. Im Kategoriensystem wurde darauf geachtet, dass bereits die Paraphrasen und Unterkategorien so Text-nah wie möglich gehalten wurden, Patientenaussagen, die eine Kategorie umfassend beschrieben, wurde der Vorzug gegeben.

So werden die im Kategoriensystem verwendeten Begrifflichkeiten im allgemeinen psychologischen Sprachgebrauch häufig genutzt, jedoch fällt die Bedeutung z.T. divergierend aus. Unter dem Begriff „Therapietechnik“ werden bspw. in der Literatur sowohl therapeutische Vorgehensweisen (wie Exposition, kognitive Umstrukturierung etc.), als auch Strategien zur Herstellung einer therapeutischen Beziehung subsumiert. So werden Validierungsstrategien als therapeutische „Kernstrategie“ (Linehan, 1996) beschrieben i.S. einer lernbaren Technik. Technische Strategien können nicht von Beziehungsfaktoren getrennt betrachtet werden (Linehan, 2006, S.239), was kaum durch die Klienten unterscheidbar sein dürfte. So zählen Patienten, auf die Frage nach den hilfreichen therapeutischen Strategien, deutlich häufiger konkrete störungsspezifische Vorgehensweisen auf (bspw. konkrete Fertigkeiten oder Verhaltensanalysen) im Vergleich zu Beziehungsaspekten. Auf die Frage, welche Bedeutung die einzelnen Kategorien für den Therapieerfolg haben, werden die einzelnen Wirkfaktoren ungern getrennt wahrgenommen, was eine Patienten wie folgt formuliert: „P: Aus'm Bauch raus ist es die Beziehung, aber der Kopf sagt natürlich irgendwie, was ist die Beziehung ohne die Techniken, das lässt sich also schwer {trennen}.“ (P 3: 124-125). Alle Wirkfaktoren werden als bedeutsam wahrgenommen, wobei die Gewichtung sich im Laufe der Zeit änderte „rückblickend würd ich sagen, dass halt am Anfang zuerst die Beziehung wichtiger war, also diese sichere Bindung war mir wichtig und die eigenen Fähigkeiten wurden dann später erst irgendwie wichtig. Als ich, als ich halt das mit der sicheren Bindung so langsam spitz gekriegt hab, wie das funktioniert. Also, das hat sich dann irgendwie nochmal so gewechselt, zwischendurch.“ (P21, Z173-179).

Patienten reflektieren therapeutische Prozesse auf ihre Weise, i.d.R. ohne eindeutige zu Hilfenahme psychologischer Begrifflichkeiten.

Die einzelnen Unterkategorien wurden nebeneinander stehend aufgeführt, wie sie aus Patientenperspektive wahrgenommen wurden. Es könnte jedoch auch, dem aktuellen Stand der Psychotherapieforschung folgend, eine zweite Ebene bei den therapeutischen *Soft Skills* eingefügt werden. So können die Wirkfaktoren *Empathie, Authentizität, Verständnis* und

*Akzeptanz*, wie sie in vorliegender Studie ermittelt wurden, als therapeutische Basisvariablen benannt werden, wie sie bereits die personenzentrierte Psychotherapie, begründet von Rogers, 1942, als grundlegend beschreibt. Bohart, Elliott, Greenberg, & Watson (2002) ermittelten hierzu in einem metaanalytischen Review über 47 Studien hinweg eine Effektstärke von .32 für Empathie, die sogar etwas höher als die Effektstärke zwischen Therapieallianz und Outcome (.25) lag.

Als stilistische Strategie wird eine therapeutische *Selbstoffenbarung* benannt, die in der DBT im Rahmen Verhaltenstherapie erstmals manualisiert als lernbare Strategie, bspw. als s.g. Validierungsstufe 6 *Radikale Echtheit*, ausformuliert wird (bspw. Linehan, 2006). Ein wichtiger Befund in diesem Zusammenhang ist, dass die Patienten eine Offenheit über Grenzen des Therapeuten und emotionsbezogene Offenbarungen hilfreicher erlebten als Offenheit, bezogen auf den persönlichen Lebenshintergrund. Tallman et al. (1994) wiesen in diesem Zusammenhang nach, dass Klienten von erfahrungsgetragenen, empathischen Antworten des Therapeuten mehr profitierten.

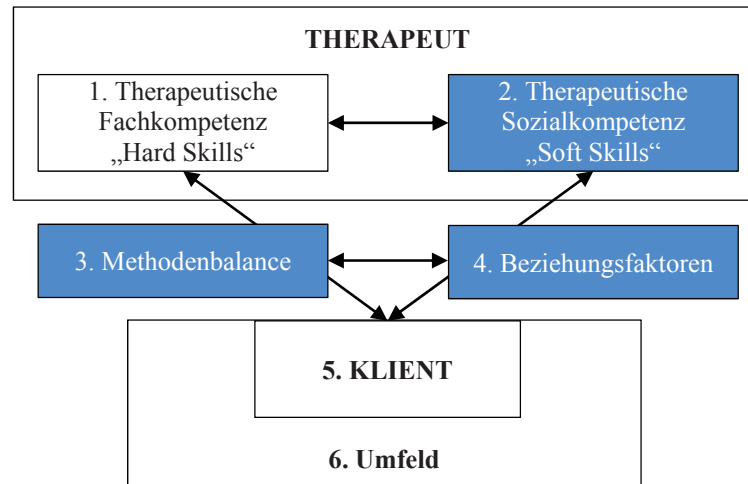
Auch *Humor* des Therapeuten wird als therapeutische Sozialkompetenz, als *Soft Skill*, benannt. Konzeptualisiert im Rahmen Psychotherapie wird dies als Vorgehensweise bspw. von Farrelly in der von ihm begründeten Provokativen Therapie.

Die *Soft Skills Lebendigkeit* und *Kreativität* werden bisher nicht als vermittelbare Strategien in Ausbildungsmanualen beschrieben, werden jedoch als hilfreiche Personeigenschaften, i.S. eines „*persönlichen Fingerabdrucks*“ (Zitat von P16), erlebt. Diese Betrachtung wirft die Frage nach therapeutischen „States“ und „Traits“ auf, die hier, aus Patientenperspektive, nicht betrachtet werden kann. So gibt es Befunde, dass bestimmte Therapeuten, die s.g. „Super Shrinks“ deutlich erfolgreicher sind, als andere. In vorliegender Studie bleibt, aus Gründen des Umfangs und mangelnder Erhebung dieser Variablen, eine Analyse der Therapeuten mit ihren eigenen persönlichen Eigenschaften ausgeblendet. Inwiefern die Adhärenz, die Häufigkeit von Interventions- oder Supervisionssitzungen einen Einflussfaktor auf das Therapieergebnis darstellen, wird in der Studie von Stecher-Mohr und Steffens (in prep.) analysiert. Die Studienlage hierzu zeigt sich jedenfalls widersprüchlich.

Vorliegende Untersuchung legt für den Wirkfaktor der Therapiebeziehung aus Patientensicht nahe, Aspekte einzubeziehen, die über die bisher in standardisierten Fragebögen erfassten Items, hinausgehen. Zur Veranschaulichung soll nochmals auf das Hauptkategoriensystem der qualitativen Analyse zurückgegriffen werden. Die zuvor diskutierten Beziehungsaspekte finden sich hiernach in drei Hauptkategorien wieder: Sozialkompetenz, Methodenbalance und

Beziehungsfaktoren. Sie sollen zur Veranschaulichung in Abbildung 26 farbig hervorgehoben werden.

**Abb. 24:** Hauptkategoriensystem der Wirkfaktoren: Markierung der Beziehungsaspekte aus Patientensicht



Innerhalb der Kategorie der **HARD SKILLS** finden sich mit Abstand die meisten Nennungen. Es werden zahlreiche, subjektiv hilfreiche, Fertigkeiten, allen voran zur Erhöhung der Stresstoleranz, genannt. In Verbindung mit den Therapieergebnissen zur deutlichen Reduktion selbstschädigender Verhaltensweisen, wie sie unter hoher Anspannung vorkommen ist dieser Befund nahe liegend. Im ersten Therapiejahr profitieren die Patienten offensichtlich von der Anwendung dieser Fertigkeiten. Auffällig sind auch die Befunde zu den formalen und inhaltlichen Strukturierungsmethoden des Therapeuten, was bisherige Befunde im Rahmen DBT betätigt (Araminta, 2000, zit. von Hodgetts & Wright, 2007).

Spinhoven et al. (2007) schlussfolgern in ihrer Untersuchung zur BPS innerhalb TFP vs. SFT, dass die niedrigere Ausprägung der Beziehungsqualität zu Beginn der Behandlung in der TFP-Gruppe mit der Kontraktphase zu tun haben könnte. Vorliegende Studie ist zwar keine Vergleichsstudie, legt jedoch nahe, dass eine Kontraktphase per sé noch kein negativer Einflussfaktor sein muss und dies auch nicht zur reduzierten Beziehungsqualität beiträgt. So erlebten die Patienten in vorliegender Studie den DBT-Vertrag als hilfreich, indem er dafür sorgte, dass klare formale Strukturen bestehen und auch Klarheit hinsichtlich gegenseitiger Erwartungen herrschen. Es gab keine Äußerung, die darauf verwies, dass der Therapievertrag als wenig oder nicht hilfreich erlebt wurde, zu keinem Zeitpunkt.

Zum *Kontingenzmanagement*, v.a. den Therapiepausen finden sich jedoch überwiegend negative Aussagen. Die Patienten gaben nach dem ersten Therapiejahr an, dass sie diese

„Strafen“ (Patient A der High-Responder) als wenig hilfreich erlebten, diese sogar Abbruchgedanken förderten.

Die interviewten Patienten haben z.T. langjährige, meist negative, Therapieerfahrungen. Laut einer Studie von Perseus et al. (2003) erlebten BPS-Patienten die psychiatrische Versorgung vor ihrer DBT ausgesprochen negativ, was sich innerhalb dreier Kategorien zeigte: Unverständnis und fehlender Respekt wurden erfahren, fehlende Kontinuität und das Gefühl von Verrat, wenn Therapeuten immer wieder die Therapie vorzeitig beendeten und an andere Kollegen weiterleiteten, letztlich erlebten sie sich lediglich in Gewahrsam genommen, Restriktionen ausgesetzt, falsch mediziert und unfokussierten Gesprächen ausgesetzt. Bohus (2011) geht davon aus, dass „nur einer von 1000 BPS- Patienten“ in Deutschland „eine adäquate, leitliniengerechte ambulante psychotherapeutische Behandlung“ erhält.

Diese Erfahrungen müssen ebenfalls als Einflussfaktor für die Bewertung der DBT-Erfahrung gesehen werden, kann diese Patientengruppe mit ihrem umfangreichen Therapie-Erfahrungshintergrund ein deutlich differenzierteres Bild ihrer Behandlung geben.

So ist es auch in vorliegender Studie von subjektiver Bedeutung für die Patienten, dass die Therapeuten ein umfassendes Wissen über die Störung besitzen, sich mit den Modulen und Fertigkeiten gut auskennen und diese zu vermitteln wissen (bspw. über Metaphernsprache, Visualisierungen). Sehr deutlich wird dies in der Analyse eines Low-Responders, der bereits DBT-Erfahrungen besaß und in seinem in vorliegender Studie vermittelten Therapeuten subjektiv keine DBT-Kompetenz vorfand, verglichen mit zuvor erlebten DBT-Therapeuten oder dem DBT-Skillsgruppentrainer. Dieser Befund ist auch vor dem Hintergrund bedeutend, dass es sich bei vorliegender Studie um besonders engagierte Therapeuten handeln dürfte, die bereit waren an einer per Video analysierten Therapiestudie teilzunehmen. Dies impliziert ebenfalls die Notwendigkeit einer störungsspezifischen Spezialisierung der Therapeuten, diese könnte hilfreich sein, nicht zuletzt für die Patienten, die bewerten, inwiefern ein Experte vor ihnen sitzt und glaubhaft seinen Ansatz vertritt.

Häufig genannte Kategorien bedeuten nicht, dass diese in ihrer Bedeutung stärker hervortreten, so wurden bei den *Hard Skills* zahlreiche in der Therapie vermittelte Fertigkeiten aufgezählt, jede benannte Fertigkeit stellte eine Bedeutungseinheit dar, während bei der am wichtigsten konnotierten Kategorie *Beziehungsfaktoren*, Aspekte wie *Empathie* keiner Aufzählung unterliegen können, diese überdauernde Kompetenz stellt vielmehr eine Basisvariable, wie oben beschrieben, dar, auf der sich zahlreiche technische Strategien entfalten können. Dieser Befund, der sich auf die formale Interpretation qualitativer Inhaltsanalyse bezieht, ist dahin gehend bedeutsam, als dass in zahlreichen Befunden

innerhalb dieser methodologischen Herangehensweise die Häufigkeit von Nennungen mit Bedeutung gleichgesetzt wird. Dies mag auf zahlreiche soziologische Fragestellungen zutreffen, im Rahmen therapeutischer Prozessanalyse zeigt sich dieses Vorgehen als wenig sinnvoll. Die Beziehung stellt das tragende Element dar in der subjektiven Gewichtung der Patienten, in der reinen Aufzählung werden diesbezügliche Aspekte jedoch am wenigsten häufig benannt. Gerade die nicht eindeutig zuordenbaren Kodierungen oder Doppelkodierungen verdeutlichen dabei die Zusammenhänge der einzelnen Komponenten untereinander. Wirkbeziehungen können lediglich indirekt aus den Aussagen der Patienten geschlossen werden.

**Zusammenfassend** lassen sich sechs, miteinander in Verbindung stehende Wirkfaktoren ermitteln: *Therapeutische Fachkompetenz*, *Sozialkompetenz* und *Klientenvariablen* stehen mit einer patientenorientierten *Methodenbalance* und *Beziehungsfaktoren* in Verbindung.

Hilfreich wird dabei ein dialektisches Vorgehen erlebt, dass durch eine Balance aus therapeutischen *Hard Skills*, therapeutischen *Soft Skills* und individuellem Bedürfnis des Patienten getragen ist von einer therapeutischen Beziehung, die aus Patientensicht v.a. durch bestimmte Therapeutenmerkmale zum Tragen kommt und als maßgeblich für das Erreichen individueller Veränderungen erlebt wird.

### **Offene Fragestellungen zu den Wirkfaktoren**

Nach wie vor sind die Wirkfaktoren in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen noch nicht ausreichend beforscht, um empirisch gestützte, allgemeingültige Prinzipien ableiten zu können (Critchfield und Benjamin, 2006, S.253).

Vorliegende Studie stellt einige grundlegende und auch für die BPS störungsspezifische Wirkbereiche heraus, die aus Patientensicht im Zusammenhang mit positiv erlebten Veränderungen stehen. Offen bleibt dabei die Frage, welche Wirkfaktoren sich auch in anderen integrativen Konzepten zur Behandlung der BPS systematisch ermitteln lassen. Dabei wären Vergleichsstudien unterschiedlicher Ansätze notwendig. Nachfolgend sollen noch weitere Fragestellungen benannt werden, die nicht im Rahmen dieser Studie beforscht wurden.

### **Patienten- und Therapeutenfaktoren**

Aus Gründen des Umfangs wurden Einflussfaktoren, die im Patienten und Therapeuten zu suchen sind, nicht berücksichtigt.

So wäre für weitere Forschungsarbeiten sicher von Interesse, welche Rolle Urteils- und Entscheidungsprozesse der **Therapeuten** im Verlauf spielen, welche berufsrelevanten Eigenschaften ein Therapeut in die Psychotherapieausbildung einbringen sollte, erst Recht wenn es um die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen geht und welche Eigenschaften dabei erlernbar sind. Gerade die Frage, welche Therapeutenmerkmale durch Selbsterfahrung und Training veränderbar sind und welche nicht ist vor dem Hintergrund vorliegender Befunde bedeutsam. So bewerten sich die meisten Therapeuten als „warm, empathisch, authentisch etc.“ (Jaeggi, 2011). Jaeggi verweist hierbei auf ein „Feld für Selbsttäuschungsmöglichkeiten“, so sei es bspw. mit Authentizität wie mit dem „sei spontan“-Paradox: wenn ich „Authentizität“ erzeugen möchte, bin ich nicht mehr authentisch.

Auch die Untersuchung der Erlebenswelt der Psychotherapeuten, mögliche Schemaaktivierungen der Therapeuten und ihr Einfluss auf den Therapieprozess während belastenden, krisenhaften Sitzungen kann wichtige Erkenntnisse liefern. Eine weitere spannende Frage im Zusammenhang mit Therapeutenvariablen ist die Suche nach und Untersuchung von den s.g. „Super-Shrinks“, wie in der Studie von Okiishi et al. (2003) untersucht (wobei 1841 Klienten und 91 Therapeuten über 2.5 Jahre evaluiert wurden). Hiernach handelt es sich um Therapeuten, die, unabhängig von Geschlecht, theoretischer Orientierung oder Training, zehnmal mehr Veränderungen im Klienten erreichen, als andere Therapeuten. Da bereits ausgewählte Therapeuten mit spezieller Expertise am Projekt teilnahmen ist das Ergebnis umso bedeutungsvoller, dass die therapeutischen Kompetenzen in deutlich unterschiedlicher Ausprägung wahrgenommen wurden. Gründe können im Patienten, jedoch auch im Therapeuten, eher beiden, zu finden sein.

**Klientenvariablen** wird eine noch bedeutendere, wenn nicht gar tragende, Rolle zugesprochen (bspw. Bohart, 2002.). So sollten Einflüsse wie die der Komorbidität, aber vor allem auch ausgewählte Patientenvariablen, vor allem Persönlichkeitseigenschaften, erfasst durch dimensionale Modelle (Livesley, 1998), weiter untersucht werden. Dies wäre vor allem vor dem Hintergrund der großen Heterogenität und unscharfen Abgrenzungen innerhalb dieser Störungsgruppe wichtig, vgl. hierzu die Ausführungen von Tyrer zum „king of the komorbid kingdom“ (2009, 2010, 2011). So könnte die Bildung von Subgruppen in vorliegender Studie hilfreich sein, um die erlebten Wirkfaktoren beispielsweise in Verbindung mit aktuell noch vorliegenden selbstverletzenden Verhaltensweisen näher zu untersuchen. Einen Gewinn stellte in vorliegender Studie die Ermittlung und Analyse von „Non-Respondern“ dar, weitere Untersuchungen sind hier dringend notwendig (bspw.

Conrad, 2009). Therapeutische Misserfolge bieten einen ebenso bedeutsamen Informationsgewinn wie Erfolge, auch hier wäre ein großer Vorteil darin zu sehen, Kollegen nach Faktoren für Misserfolg in der Behandlung von BPS systematisch zu befragen.

In vorliegender Untersuchung bleibt auch offen, ob Abbrecher oder Non-Starter nicht-DBT-kongruente Ziele benannten, überhaupt offen, welche Merkmale die Non-Responder aufwiesen. Leider gab es keinen Rücklauf der eigens für diese Studie entwickelten Abbrecher-Fragebögen.

Interessant wäre es auch zu prüfen, welche Erwartungseffekte bei den Klienten (vielleicht auch Therapeuten) ausgemacht werden können mit Verweis auf die Forschungen zur „stages of change“ (Prochaska & Norcross, 2002). Es konnte noch keine Forschung zur „pretreatment readiness for change“ bei BPS gefunden werden. Auch vor dem Hintergrund invalidierender biografischer (Beziehungs-) erfahrungen wäre es wichtig dies zu unterscheiden.

Ein weiterer Fokus könnte auf Persönlichkeitseigenschaften gerichtet werden, so ergaben Befunde zur Untersuchung dimensionaler Modelle, wie dem „anaclitic (sociotropic)/ introjective (autonomous) style“ (Blatt et al., 2002), dass der anaklitische Stil bspw. eher bei BPS zu finden. Inwiefern dieser oder andere Eigenschaften Einfluss auf Therapieerfolgskriterien haben, wäre interessant zu beforschen.

Offen sind ebenfalls Konzepte, die der s.g. positiven Psychologie zu entnehmen sind: der Salutogenese-Ansatz von Antonovsky (1997) ist eine Möglichkeit, Patientengruppen weiter auszudifferenzieren und mögliche Resilienzfaktoren ausfindig zu machen, die ein positives Therapieergebnis begünstigen könnten und mögliche Moderatoreffekte bilden.

Wichtige Befunde sind auch, dass Klienten, die extrovertiert sind, mehr von „skill-building treatments“, wie in der DBT fokussiert, profitieren, während internalisierende Patienten mehr auf einsichtsorientierte Verfahren ansprechen (Beutler et al., 2002). Ein weiterer Einflussfaktor für ein positives Therapieergebnis ist das subjektive Gefühl, unterstützende Beziehungen zur Verfügung zu haben (ebd.), auch hier verweist vorliegende Studie auf die Notwendigkeit das aktuelle, soziale Umfeld eingehender zu untersuchen.

Neben einer überzeugenden therapeutischen Vorgehensweise, die ein Höchstmaß an Strukturierung aufweist, ist die Art und Weise des Therapeuten, auf die Patienten (-bedürfnisse) einzugehen, der entscheidende Wirkfaktor aus Patientensicht. Dabei stellt sich die Frage, ob ein überzeugendes Konzept für den Therapeuten als Katalysator dienen kann, eben jene allgemeinen Wirkfaktoren zum Tragen kommen zu lassen, gerade bei komplexeren Störungen, wie der BPS. Silberschatz (2011) spricht von der Notwendigkeit, Patienten in erster Linie zu verstehen, was für ihn wirkungsvolles Handeln erst ermöglicht.



## 6. Wirkfaktoren im Zusammenhang mit Therapieerfolg

*„...das sind ja Komponenten, die hängen ja zusammen.“ (P 12); „Na ja, also, die Therapie und ich (lacht), wir haben da eigentlich beide die gleichbedeutende Wirkung gehabt.“ (P 16), „Also überhaupt, dass da jetzt so Techniken vermittelt werden, war doch auch sehr wichtig. Darum bin ich ja eigentlich da auch mit rein gegangen, damit man mir halt zeigt, wie man damit umgehen kann und wie man halt vielleicht rauskommt.“ (P 9); „rückblickend würd ich sagen, dass halt am Anfang zuerst die Beziehung wichtiger war, also diese sichere Bindung war mir wichtig und die eigenen Fähigkeiten wurden dann später erst irgendwie wichtig. Als ich, als ich halt das mit der sicheren Bindung so langsam spitz gekriegt hab, wie das funktioniert. Also, das hat dann irgendwie nochmal so gewechselt, zwischendurch.“ (P 21)*

### 6.1 Methode

Im dritten Ergebnisteil werden die Befunde zu den Wirkfaktoren und Therapieergebniskriterien verknüpft. Zunächst wird die Frage nach der Gewichtung der Wirkfaktoren (Frage 6.A) durch direkte Befragung der Probanden beantwortet. Anschließend erfolgt eine Darstellung der Zusammenhänge ermittelter Wirkvariablen und Therapieerfolgskriterien über statistische Analysen und stellt damit eine Verknüpfung qualitativ und quantitativ gewonnener Erkenntnisse dieser Untersuchung dar.

#### 6.1.1 Fragestellungen

- A Welche subjektive Bedeutung aus Patientensicht haben die ermittelten Wirkfaktoren hinsichtlich erreichter Veränderungen?
- B Welche Zusammenhänge bestehen zwischen den ermittelten Wirkvariablen im Therapieprozess und Kriterien von Therapieerfolg bzw. –misserfolg?
  - B.1 Hypothese: Die therapeutische Beziehung (WAI-P) leistet einen statistisch signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung störungsspezifischer und –übergreifender Outcome-Kriterien.
  - B.2 Fragestellung: Welche hilfreichen bzw. weniger hilfreichen Aspekte im Therapieprozess werden von den „High- und Low-Performern“ benannt?



## 6.1.2 Untersuchungsdesign: Datenauswertung

### A. Hierarchisierung der Wirkfaktoren aus Patientensicht

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung 6.1.1.A wurden im Anschluss an das Interview „Wirkfaktoren im ersten Therapiejahr“ die Patienten gebeten, die jeweils genannten Wirkkomponenten in eine Rangfolge zu bringen, wobei auf Platz 1 der jeweils subjektiv bedeutsamste Wirkfaktor zuzuweisen war, auf Platz 2 der danach folgende, usw.

Die Fragestellung lautete: „Wir haben gerade in unserem Gespräch über vier verschiedenen Bereiche gesprochen. Zum einen über die Beziehung zum Therapeuten bzw. Trainer, (ggf. über den Therapeuten selbst), dann über Techniken wie Übungen, Protokolle und Hausaufgaben usw., dann über mögliche Einflüsse aus ihrem Alltag/ Umfeld und zum Schluss noch über Ihre eigenen Fähigkeiten.“

Welche der Faktoren waren für Sie und für das was Sie erreicht haben, sprich für den Therapieerfolg, am wichtigsten? Können Sie bitte Plätze vergeben?“

Die Befragten konnten auch allen Faktoren gleichwertig die höchste Bedeutung zuweisen. Alle 28 Patienten benannten, dieser Frage folgend, Reihenfolgen.

Um die Wirkfaktoren in eine Hierarchie bringen zu können, wurde die Berechnung wie folgt vorgenommen: Alle auf Platz 1 gewählten Faktoren wurden 100% in die Gewichtung einbezogen, Platz 2 zu 50%.

Wurden mehrere Wirkfaktoren gleichgewichtig auf Platz 1 gewertet, gingen die benannten Faktoren jeweils zu 100% in die Gesamtgewichtung ein. Ab Platz 3 gingen Wirkfaktoren nicht in die Gewichtung ein. Eine Darstellung der Nennungen und jeweiligen Gewichtung findet sich in Abbildung 2.4.4 des Anhangs.

Es lagen damit die Rangfolgen von allen 28 interviewten Patienten vor, die in die Gesamtwertung eingingen.

Beispielsweise wurde der *Eigene Anteil* 15 mal auf Platz 1 gewählt und 3 mal auf Platz 2, was bedeutete, dass dieser Wirkfaktor 15 mal absolut gewichtet wurde und 3 Gewichtungen zur Hälfte ( $15 + 3/2 = 16.5$ ) erhielt. Somit lagen insgesamt 16.5 Gewichtungen vor. Da die Summe aller Gewichtungen 49 betrug, ergab sich ein Prozentanteil dieses Wirkfaktors von 33.7% ( $16.5/49 \cdot 100$ ).

## **B. Zusammenhänge zwischen den ermittelten Wirkvariablen im Therapieprozess und Kriterien von Therapieerfolg bzw. –misserfolg**

### **B.1 Der Wirkfaktor Therapieallianz (WAI-P) und Therapieergebniskriterien**

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung 6.1.1.B.1 wurde der Anteil der Varianzaufklärung des WAI-P zu Therapiebeginn an den Therapieerfolgskriterien (störungsbezogen und – übergreifend) berechnet.

Dazu wurden über alle 47 Completers hinweg die jeweiligen WAI-P-Werte der ersten (Messzeitpunkt T0) und letzten (T3) fünf Therapiesitzungen gemittelt, aufgeschlüsselt nach den beiden Unterskalen *WAI-Bindung* und *WAI-Übereinstimmung/Zuversicht*, wie sie faktoranalytisch bestätigt wurden. Es wurde eine multiple lineare Regression gerechnet, wobei die beiden Unterskalen des WAI-P in das Regressionsmodell nacheinander aufgenommen wurden. Die Therapieergebnisse zu T3 wurden mit dem jeweiligen Wert zu T0 kontrolliert, da der Eingangswert eines Instruments als der beste Prädiktor für einen später erhobenen Wert gilt. Es erfolgte eine multiple Regressionsanalyse mit paarweisem Fallausschluss, um möglichst wenig Informationsverlust zu haben. Der Durbin-Watson Test ermittelte die Unabhängigkeit der Fehler (Field, 2009), die Multikollinearitätsdiagnose erfolgte durch den Toleranzfaktor und den Varianzinflations-Faktor (Eid, et al., 2010). Die Bedingungen für eine Generalisierbarkeit waren gegeben.

### **B.2 Wirkvariablen der „High und Non-Responder“**

Zur Beantwortung der Fragestellung B.2 wurden die störungsspezifischen Daten aller 47 Patienten (Completer) zunächst einer statistischen Analyse unterzogen. Es galt unter den Befragten diejenigen zu definieren, die im statistisch und klinisch signifikanten Sinne zu den „High“- bzw. „Non-Responder“ im ersten Therapiejahr zählten.

Es wurde für die indirekten Veränderungsmaße der BSI zur Ermittlung der allgemeinen Symptombelastung und als störungsspezifisches Maß der FGG gewählt, da beide signifikante Effekte im ersten Therapiejahr zeigten. Es liegen die notwendigen Normierungsdaten vor, um den Reliable-Change-Ansatz heran ziehen zu können. Entwickelt von Jacobson und Truax (1991) liegt damit ein oft übersehenes Maß zugrunde (Zahra & Hedge, 2010), dass sowohl statistische, als auch klinische Signifikanz herausstellt.

Dabei wird für jeden Probanden der jeweilige RCI-Index berechnet, der anzeigt, inwiefern eine klinisch relevante Verbesserung bzw. Verschlechterung zu verzeichnen ist. Ein RCI zwischen -1.96 und + 1.96 zeigt dabei eine nicht klinisch relevante Veränderung an, Werte

darunter bzw. darüber verweisen auf klinisch bedeutsame Verschlechterung oder Verbesserung.

Für die nicht standardisierten Fragebögen LPC, die Therapiezufriedenheit und Patientenziele kann nicht auf Normstichproben zurückgegriffen werden. Es wurde hierfür jeweils eine Standardabweichung unter- oder oberhalb des berechneten Mittelwerts als Kriterium für statistisch relevante Veränderungen genutzt.

Als „High-Responder“ in dieser Untersuchung wurden Patienten definiert, die statistisch signifikante Verbesserungen in mindestens einem direkten Veränderungsmaß UND klinisch bzw. statistisch reliable Verbesserungen in mindestens einem indirekt erhobenen, störungsspezifischen Veränderungsmaß erreichten. Als „Non-Responder“ galten dagegen Patienten, die statistisch signifikante Verschlechterungen in mindestens einem direkten Veränderungsmaß UND klinisch bzw. statistisch reliable Verschlechterungen in mindestens einem indirekt erhobenen, störungsspezifischen Veränderungsmaß erreichten.

Die somit definierten „High“- und „Non-Responder“ wurden anschließend im Programm MAXQDA identifiziert, um die im Interview benannten hilfreichen und weniger hilfreichen Aspekte im Therapieprozess für diese beiden Gruppen heraus filtern zu können. Somit gelang eine programmgestützte Überführung qualitativer und quantitativer Daten.

## 6.2 Ergebnisse

### 6.2.1 Hierarchisierung der Wirkfaktoren aus Patientenperspektive

Die im Anschluss an das Interview erfragte individuelle Bedeutung der einzelnen Wirkkomponenten wurde von jedem Patienten in eine jeweilige Hierarchie gebracht. Dabei konnten Ränge auch doppelt vergeben werden, bspw. wenn Technik und eigener Anteil als gleich bedeutend für die Erreichung der Therapieziele wahrgenommen wurde. In die Berechnung gingen die als am bedeutsamsten eingestuften Nennungen auf Platz 1 und 2 ein, wobei die Komponenten auf Platz 2, in Abgrenzung zu den bedeutsamsten Aspekten auf Platz 1, zur Hälfte gewichtet wurden.

**Tab. 22:** Hierarchisierung der Wirkfaktoren

Wirkfaktor	Platzvergabe		Einfluss auf die Therapiezielerreichung in %
	1. Platz	2. Platz	
Therapeutische Beziehung	18	5	41,8
Eigener Anteil	15	3	33,7
Technik	5	8	18,4
Umfeld	3	0	6,1

Mit 41.8 % stellen Therapeutenaspekte (wahrgenommene Authentizität, Empathie, Engagement etc.) gemeinsam mit der Einschätzung der Therapiebeziehung den bedeutsamsten Wirkfaktor dar. Beide Aspekte werden aus Patientenperspektive nicht getrennt betrachtet. Dem Therapeuten werden Fertigkeiten und Eigenschaften zugeschrieben, die sich innerhalb der Therapiebeziehung als „gemocht werden“, „sympathisch“, „ich glaube an die Fähigkeiten des Therapeuten mir zu helfen“ etc. äußerten. Insgesamt 18 mal wurde dieser Wirkfaktor auf den ersten und 5 mal auf den zweiten Platz gewählt. Beispielhaft soll die Berechnung dieses Wirkfaktors den Prozentanteil erklären: 18 volle Gewichtungen + 5 halbe Wertungen ergeben 20.5 Gewichtungen in Summe. Dieser Wert wird durch die Gesamtwertungen (49, siehe Anhang, 2.4.4) geteilt und mit 100 multipliziert ergeben sich 41.8%. Gefolgt wird in der individuellen Gewichtung der Patienten der eigene Anteil, allen voran Wille und Entschlossenheit, Veränderungen im Prozess herbei zu führen. So werden 33.7 % Einfluss auf die tatsächlich erreichten Veränderungen diesem Aspekt zugesprochen. Die Techniken nehmen mit 18.4 % einen weniger gewichtigen Anteil ein, was im auffallenden Gegensatz zur überragenden Anzahl der Codierungen in diesem Bereich steht. Wurden mit 427 Codierungen noch die meisten Nennungen in diesem Bereich abgegeben, gewichten die Patienten die Bedeutung dieses Wirkfaktors eher geringfügig im Vergleich zu Beziehungsfaktoren, am häufigsten noch auf dem zweiten Platz. Das Umfeld spielt aus Sicht der Patienten mit 6.1 % eine untergeordnete Rolle. Soziale Unterstützung, berufliche Entwicklung oder Lebensereignisse, die im Laufe des Therapiejahres eintraten hatten aus Patientenperspektive keinen maßgeblichen Einfluss auf die erreichten Therapieerfolge.

## **B. Zusammenhänge zwischen den ermittelten Wirkvariablen im Therapieprozess und Kriterien von Therapieerfolg bzw. –misserfolg**

### **B.1 Der Wirkfaktor Therapieallianz (WAI-P) und Therapieergebniskriterien**

Nachfolgend sollen die einzelnen Prädiktoren und abhängigen Variablen zunächst in ihrem korrelativen Zusammenhang gezeigt werden. Dargestellt sind nur die signifikanten Befunde, die sich in der daran anschließenden multiplen Regressionsanalyse als prädiktiv erwiesen, um eine bessere Anschaulichkeit zu gewährleisten. Es wurden für den WAI-P hierzu Partialkorrelationen berechnet. Als abhängige Variablen wurden die Skalen zum Erhebungszeitpunkt T3 heran gezogen, also am Ende der Behandlung. Kontrolliert wurde für jede Skala die jeweilige Prä-Messung, also der Wert zu Beginn der Behandlung.

Die Therapiezufriedenheit steht in signifikantem Zusammenhang mit allen Unterskalen des WAI-P, ermittelt mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson, sowohl zu Beginn, als auch am Ende der Behandlung. Darüber hinaus zeigt sich, dass eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie mit einer niedrigen Ausprägung der BPS-Symptomatik am Ende der Behandlung einhergeht. Die Korrelationen der Erhebungsinstrumente untereinander zu Beginn und am Ende waren zu erwarten.

Die Therapieallianz, operationalisiert mit dem WAI-P, wurde als Prädiktor für die Therapieergebnisse am Ende der Behandlung mit Hilfe multipler Regressionsanalysen berechnet. Die Prä-Werte der jeweiligen Therapieergebnisse wurden auch hier als Prädiktoren in das Modell aufgenommen. Eine Ausnahme war lediglich die Therapiezufriedenheit, da diese nur am Ende der Therapie erfragt wurde. Es werden in der Tabelle ausschließlich die signifikanten Ergebnisse dargestellt.

Es zeigt sich, dass die Qualität der Therapiebeziehungsdimension *Übereinstimmung/Zuversicht*, wie sie von den Patienten zu Beginn ihrer Behandlung eingeschätzt wurde, einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der allgemeinen Patientenzielerreichung und allgemeinen Therapiezufriedenheit zum Ende der Behandlung leistet. Für die Unterskala *Bindung* zeigt sich dagegen ein negativer Zusammenhang zur Zielerreichung nach einem Therapiejahr. Kurzum, fühlten sich die Patienten zu Beginn der Behandlung gemocht, hatte das keinen unmittelbar positiven Einfluss auf die Zielerreichung am Ende des Erhebungszeitraumes. Aber je zuversichtlicher und je mehr die Patienten mit den Zielen und Aufgaben, die es in der Therapie zu erreichen galt, übereinstimmten, desto besser beurteilten sie auch ihre Zielerreichung am Ende. Die Aussagen zur Unterskala *Bindung* müssen dabei als zu beobachtende Tendenz bewertet werden, da die

Zusammenhänge nicht signifikant waren, statistisch relevant sind jedoch die Ergebnisse für die Unterskala *Zuversicht/ Übereinstimmung*.

**Abb. 25:** Darstellung signifikanter Zusammenhänge: Partialkorrelation der WAI-Skalen mit Therapieergebnissen, n= 47

Wirkfaktor: Therapieallianz	Thapieergebnisse: Partielkorrelationen			
	Zielerreichung T3	Zufriedenheit T3	BSL Befinden T3	BSL Roh T3
WAI-P Gesamt T3	-	-	0.46*	-0.34*
WAI-P Ü/Z T0	0.35*	0.34*	-	-
WAI-P Ü/Z T3	-	0.46**	0.50*	-0.39*

**Anmerkung:** \*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ ; Therapiezufriedenheit am Ende der Therapie, BSL= Borderline Symptom Liste: Gesamtbefinden und Rohwert der Gesamtskala; WAI\_Ü/Z\_T0 bzw. T3 ist die Working Alliance Inventory Unterskala „Übereinstimmung/Zuversicht“

Somit steht die Unterskala *Übereinstimmung/Zuversicht* zu Beginn der Therapie nur für die direkten Erfolgsmaße Zielerreichung und Zufriedenheit am Ende der Behandlung im Zusammenhang.

Als indirektes Erfolgsmaß stehen nur die BSL, die den Schweregrad der Borderlinesymptomatik misst und die Skala Gesamtbefindlichkeit des BSL, zum Ende der Behandlung mit der Unterskala *Übereinstimmung/Zuversicht* des WAI, wie sie ebenfalls am Ende beurteilt wurde im signifikanten Zusammenhang. Das bedeutet, dass eine Reduktion der borderlinetypischen Belastung und eine Verbesserung im allgemeinen Befinden im Zusammenhang steht mit einer positiven Bewertung der Übereinstimmung mit dem Therapeuten in den Aufgaben und Zielen, die es in der Therapie zu erreichen gilt aus Sicht der Patienten am Ende der Therapie.

Für alle anderen Erhebungsinstrumente (LPC, FGG, BSI und BDI) zeigten sich keine Zusammenhänge mit den Beziehungsskalen, weder zu Beginn noch am Ende der Behandlung.

**Tab. 23:** Multiple Regressionsanalysen: zusammenfassende Darstellung der signifikanten Befunde

Modelle	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>T</i>	<i>p</i>
<b>WAI_T0 und Zielerreichung_T3</b>					
Modellzusammenfassung $R^2 - F - p$	.324 – 6.1 – .00				
Zielerreichung zu T-1	1.3	0.4	.50**	3.6	.00
WAI-P Ü/Z zu T0	1.5	0.6	.43*	2.6	.01
WAI-P Bindung zu T0	-0.86	0.5	-.32	-1.9	.07
<b>WAI_T3 und BSL_Gesamtbefinden_T3</b>					
Modellzusammenfassung $R^2 - F - p$	.292 – 5.2 – .00				
Zielerreichung zu T-1	0.6	0.3	.39	1.8	.08
WAI-P Ü/Z zu T3	18.5	7.1	.65*	2.6	.02
WAI-P Bindung zu T3	-6.0	6.6	-.28	-0.9	.37
<b>WAI_T0 und Therapiezufriedenheit T3</b>					
Modellzusammenfassung $R^2 - F - p$	.11 – 4.69 – .04				
WAI-P Ü/Z zu T0	.8	.4	.33*	2.2	.04
<b>WAI_T3 und Therapiezufriedenheit T3</b>					
Modellzusammenfassung $R^2 - F - p$	.21 – 10.41 – .03				
WAI-P Ü/Z zu T0	.9	.3	.46*	3.2	.00
<b>WAI_T3 und BSL_T3</b>					
Modellzusammenfassung $R^2 - F - p$	.38 – 7.0 – .00				
BSL zu T0	0.6	0.2	.5***	3.4	.00
WAI-P Ü/Z zu T3	-43.7	17.9	-.5*	-2.4	.02
WAI-P Bindung zu T3	18.5	15.1	.3	1.2	.183
<b>Anmerkung:</b> B = Regressionskoeffizient B; SE B = Standardfehler von B; $\beta$ = standardisierter Koeffizient Beta; WAI-P Ü/Z = Unterskala Übereinstimmung/Zuversicht des Working Alliance Inventorys; BSL					

Weiterführende Erkenntnisse zu diesen bestehenden und fehlenden Zusammenhängen zu den erfassten Therapieergebnissen können die Befunde zu den High- und Non-Respondern bieten, die durch eine Verknüpfung der quantitativen und qualitativen Befunde erfolgen.

### Identifizierung und Wirkfaktoren von „High- und Non-Respondern“

Bei der Ermittlung der High- und Non-Responder wurden fünf Patienten (A-E) identifiziert, die klinisch bzw. statistisch signifikante Verbesserungen in mindestens einem direkten UND

indirekten Veränderungsmaß zeigten. Es konnten, diesem Definitionskriterium folgend, keine Non-Responder ermittelt werden. Kein Patient in vorliegender Studie verschlechterte sich in klinisch reliablem Sinne. Es ließen sich jedoch drei Patienten ermitteln, die im statistisch signifikanten Sinne deutlich unzufriedener waren mit ihrer Therapie als die anderen Probanden. Diese Patienten zeigten dabei keine Verschlechterungen in anderen, störungsbezogenen Maßen. Auf diese Widersprüchlichkeiten kann in der vorliegenden Studie nicht näher eingegangen werden, hierzu wären inhaltsanalytische Einzelfallanalysen notwendig.

Es wurde ein Patient (X) identifiziert, der statistisch relevante Werte (eine Standardabweichung unterhalb des berechneten Mittelwerts der Gesamtstichprobe) in der allgemeinen Therapiezufriedenheit UND Zielerreichung aufwies, sich hierbei mit deutlich schlechteren Werten von den anderen Probanden abhob und zur Kontrastierung herausgefiltert wurde. Auffällig ist dabei, dass dieser Proband zwar sehr schlechte direkte Erfolgsmaße bescheinigt, jedoch statistisch signifikante Verbesserungen bei der Reduktion der Selbstverletzungen und Suizidalität aufweist. Interessant ist dabei, dass bei den offen berichteten Veränderungen, die subjektiv erlebt wurden, keinerlei Angaben über diesen Erfolg von X gemacht wurden. Der Patient antwortet auf die Frage „Haben Sie seit Beginn der Therapie irgendwelche Veränderungen bemerkt?“ (Zeile 6-7): „*Eigentlich nicht, nee. Bin eher misstrauischer geworden.*“ (Zeile 7-8). Als weitere „Non-Responder“, wurden diejenigen Patienten herausgefiltert, die ausschließlich statistisch relevante Werte bei der allgemeinen Therapiezufriedenheit dahingehend aufwiesen, als dass diese Patienten mindestens eine Standardabweichung unterhalb der gemittelten Therapiezufriedenheit der Gesamtstichprobe lagen.

Es kann nach wie vor nicht davon gesprochen werden, dass auch nur ein Patient durchgängig Verschlechterungen aufweist, so widersprüchlich die Befunde stellenweise auch sind.

Zu beachten ist weiterhin, dass nur zwei Patienten (Patient D und W) bereits zu T0 keinerlei Selbstverletzungen aufwiesen. Die heraus gefilterten High- und Non-Responder lassen sich also, bis auf zwei Ausnahmen, aus der Gruppe der aktuellen Selbstverletzer (mind. eine Selbstverletzung in den 4 Monaten vor Therapiebeginn) ermitteln.



**Tab. 24:** Kennwerte der High- und Non-Responder: Statistische und Klinische Signifikanz

Variable									
ID	SEV -/+	LPC SVV	LPC SV	BSI MW Diff	BSI RCI	FGG MW Diff	FGG RCI	ZE MW Diff	TZ Rohwert
<b>High Responder</b>									
A	+6	-14	-2*	-0.62	0.91	-0.69	1.45	6.77*	8.9
B	+4	-7*	0	-1.84	2.70*	-0.73	1.53	7.60*	8.8
C	Missing	0	0	-1.92	2.81*	-1.39	2.92*	6.03*	8.4
D	Missing	0	0	-1.79	2.62*	-2.43	5.12*	6.40*	8
E	+18	-3	0	-1.78	2.60*	Missing	Missing	5.83*	8.2
<b>Non-Responder: „habe Verschlechterungen bemerkt“, „bin unzufrieden“</b>									
X	-7	-13	-1*	-0.19	-0.28	0.15	0.31	-0.33*	1.7*
W	Missing	0	0	0.17	0.25	0.08	0.17	3.5	2.3*
Y	+2	-13	-1*	-1.05	-1.54	-0.36	-0.76	0.9	2.3*

**Anmerkung:** \* signifikant im statistischen Sinne (Mittelwert +/- 1 Standardabweichung) bzw. im klinisch reliablen Sinne (Reliable Change Index außerhalb des Bereiches -1.96 und 1.96); SEV= Subjektiv Erlebte Veränderung, -/+ = Anzahl negativer und positiver subjektiver Veränderungen; LPC= Lifetime Parasuicidal Count; SVV= Selbst Verletzendes Verhalten; LPC-SV: Suizidales Verhalten im LPC erfasst; BSI= Brief Symptom Inventory; FGG= Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen; ZE= Zielerreichung; TZ= Therapiezufriedenheit; MW-Diff= Mittelwert-Differenz der Prä- und Post-Werte, RCI= Reliable Change Index, die Berechnungsformel befindet sich im Anhang 2.3.3

### Die therapeutische Beziehung der High- und Non-Responder, ermittelt über den WAI-P

Es zeigt sich bei den **High-Respondern** insgesamt eine hohe Ausprägung der Beziehungsqualität. Dabei weist die Unterskala *Übereinstimmung/ Zuversicht* über alle Probanden dieser Gruppe hinweg höhere Werte auf als die Unterskala *Bindung*. Dies steht zunächst im Widerspruch zu den Mittelwerten der Gesamtgruppe, hier wird die Unterskala *Bindung* insgesamt und im Verlauf stets höher eingeschätzt. Zudem ist über alle Skalen hinweg ein Anstieg von Beginn der Behandlung bis zum Ende hin beobachtbar.

Es präsentiert sich ein anderes Bild bei den **Non-Respondern**. Vor allem der Patient, der angibt unzufrieden zu sein UND weniger Ziele erreicht zu haben zeigt eine deutlich niedriger eingeschätzte Beziehungsqualität, sowohl zu Beginn, als auch am Ende des ersten Therapiejahres. Auch hier ist die Unterskala *Übereinstimmung/ Zuversicht* zwar etwas höher ausgeprägt als die Unterskala *Bindung*, jedoch im deutlich niedrigeren Bereich, verglichen mit den High-Respondern. Im Verlauf wird die Qualität der Therapieallianz, sowohl Bindung als auch Übereinstimmung/Zuversicht weiter abnehmend wahrgenommen bis auf ein Minimum von MW 1.92 bei Patient X zu T3 bei der Unterskala *Bindung*. Auch die anderen

beiden Low-Responder, bei denen es zwar zu subjektiven Veränderungen kam, die dennoch insgesamt unzufrieden waren, zeigen zwar zu Beginn keine deutlich schlechtere Beziehungsqualität als die High-Responder, geben jedoch im Verlauf sinkende Werte an.

**Tab. 25:** Subjektive Wirkfaktoren der „High- und Non- Responder“

ID	Sitzungs- anzahl	WAI Gesamt		WAI Z/Ü		WAI Bindung	
		T0	T3	T0	T3	T0	T3
High-Responder							
A	49	6.29	6.31	6.55	6.56	5.55	5.56
B	42	5.34	5.90	5.50	5.83	4.87	6.08
D	Missing	5.49	5.14	5.88	5.48	4.25	4.11
E	26	6.60	7.00	6.67	7.00	6.40	7.00
F	48	4.42	5.00	4.47	5.00	4.00	5.00
Non-Responder „habe keine Veränderungen bemerkt“, „bin unzufrieden“							
X	46	3.78	2.13	3.98	2.20	3.20	1.92
W	Missing	5.42	4.36	5.73	4.67	4.47	3.47
Y	39	4.38	3.82	4.91	3.69	4.60	4.20

**Anmerkung:** WAI Gesamt: Working Alliance Inventory-Patientenversion, Werte Prä und Post der jeweiligen Responder, WAI-Z/Ü: WAI Skala Zustimmung/Übereinkunft, WAI-Bindung; Die Buchstaben A, B, D, E, F kennzeichnen die fünf High-Responder, X, W, Y die Non-Responder

### Subjektive Wirkfaktoren der „High- und Non- Responder“

Es lagen von drei aller High-Responder und zwei Non-Respondern ausgewertete Interviews vor. Im Programm MAXQDA wurden die bei diesen Patienten ermittelten Wirkfaktoren herausgefiltert.

Es zeigen sich bei den vier High-Respondern sowohl positive, als auch negative Nennungen, wobei die hilfreichen Faktoren deutlich überwiegen. Es werden gehäufiger Strukturierungstechniken des Therapeuten als positiv benannt, auch konkrete Skills, allen voran aus dem Bereich Stresstoleranz. Außer eine Negativnennung werden in der Kategorie *Therapeutische Soft Skills*, v.a. in der Unterkategorie *Persönliches Engagement* hilfreiche Aspekte wahrgenommen.

Im Gegensatz dazu beschreibt der Low-Responder nur wenige hilfreiche Aspekte, die er wahrgenommen hat. Die häufigsten Negativ-Nennungen erfolgen dabei in der Unterkategorie *Eigenes Wollen* und *Hemmende Gedanken/Gefühle*. Auffällig ist auch, dass der Low-Responder keinerlei DBT-Fertigkeiten, weder als hilfreich, noch als nicht hilfreich, benennt.


**Tab. 26:** High- und Non-Responder und ihre subjektiv wahrgenommenen Wirkfaktoren

Wirkfaktoren				Proband	
Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	Ebene 4	A-E	X, Y
Therapeutische Hard Skills	Therapeutische Vorgehensweise	Hausaufgaben		-1	-2
		Erlebnis-emotionsbezogene Techniken		+6	+2
		Visualisierungen, Metaphern		0	0
		Strukturierung	Struktur – formal	-4/+11	-1
			Struktur – Inhalte	0	-3
	Problemlösungsstrategien	Lösungsvorschläge undefiniert	Allgemeine Aussagen	-1/+6	+4
			Selbstwert	+1	0
		DBT-Fertigkeiten definiert	Zwischenmenschliche Skills	+9	+1
			Emotionsregulationsstrategien	-1/+6	0
			Stresstoleranzstrategien	-1/+12	+2
			Achtsamkeitsstrategien	-2/+2	0
Therapeutische Soft Skills	Therapeutische Soft Skills	Kompetenz ausstrahlen		0	-2/+1
		Offenheit / Selbstoffenbarung		+3	0
		Aktives Zuhören		+2	0
		Verständnis, Akzeptanz, ernst nehmen		-1/+4	-2/+1
		Empathie		+1	-1
	Persönlicher Fingerabdruck	Authentizität		0	+1
		Bemühen, persönliches Engagement Therapeuten / Trainer		+5	0
		Gelassenheit, Ruhe		+2	0
		Allgemeine Bewertung Trainer		-1	-2/+1
		Humorvoll		0	0
Bindungs- und Balancefaktoren	Balance Patient – Leitfaden	Lebendigkeit, Aktivität, Kreativität		+1	-1
		Direktivität, Konsequenz		-10/+5	-3
		Methodenanpassung vs. Methodenkonformismus		-4/+9	0
		Meinungsverschiedenheiten		-1/+1	0
		Selbstverantwortung des Patienten forcieren		+2	0
	Therapeut – Patient	Wirkung der Interaktion		+2	-1
		Bewertung der Beziehung zum Therapeuten		+9	0
Klient und Umfeld	Klientenfaktoren	WOLLEN: Engagement, Wille		-3/+22	-4/+6
		KÖNNEN: Fähigkeiten, Ressourcen		+3	0
		Hoffnungsfaktoren		+1	0
		Hemmende Gedanken, Gefühle, Zustände		-2	-4
	Umfeld, Ereignisse	Medikamente		0	0
		Ereignisse		-2/+3	0
		Soziale Unterstützung		-6/+7	-1/+1

**Anmerkung:** A-E sind synonym für die 5 ermittelten „High-Performer“, X der „Low-Performer, Version I“ und Y der Low-Performer, Version II“. Die Zahlen symbolisieren die absoluten Nennungen pro Patient, wobei die hilfreich erlebten Aspekte mit + und die nicht hilfreich erlebten mit – gekennzeichnet sind

### Fallkontrastierung: High- vs. Non-Responder

Abschließend sollen wieder die Patienten erzählen, wobei ausgewählte Originaltextstellen die ermittelten Wirkfaktoren dieser beiden Patientengruppen, ohne Interpretation, deutlich machen sollen. Es werden die als nicht oder wenig hilfreich erlebten Aspekte hervorgehoben, indem nach einem entsprechenden Zitat „negative bzw. positive Nennung“ vermerkt ist.

#### High-Responder

Es werden von den High-Responder zahlreiche therapiespezifische „*Hard Skills*“ benannt. Dabei sind es vor allem *Strukturierungsmethoden*, formaler (bspw. Therapievertrag, Kontingenzmanagement) als auch *inhaltlicher* Art (bspw. Lösungsfindung über gemeinsam erarbeitete Verhaltensanalysen):

„Den **Therapievertrag** fand ich ganz schräg, zu Beginn. Da habe ich mich dann aber auch gefreut. I: Inwiefern gefreut jetzt? P: Ahm, na es hat mir halt einfach Sicherheit gegeben, dass ich da so 'nen Zettel hatte, wo ich drauf gucken konnte, was jetzt von mir erwartet wird und was nicht. Also ich, es hat die Situation für mich einfach ein Stück weit berechenbarer gemacht. Und hat mir halt Sicherheit dadurch gegeben.“ (F: Z 80-82)

„P: Ja bei der **Konsequenz** der Verhaltensanalysen da sehe ich noch einen Sinn drin, dass bringt auch was, aber Therapiepausen bringt mir gar nichts, außer dass in mir Gedanken hochkommen die Therapie abzubrechen, ich geh nicht mehr hin, die ist doof, die will mich gar nicht mehr haben und diese Gedanken kommen dann hoch, deshalb ist es keine Konsequenz sondern eine Strafe. Und es wird halt so schön verpackt: „Nein, es ist doch keine Strafe.“ (A: Z 73-74: Positive und negative Nennung +1/-1)

Es werden auch zahlreiche konkrete *Fertigkeiten* genannt, die sich weitestgehend dem DBT-Manual zuordnen ließen:

„...und hat mir halt **konkrete Verhaltensweisen** irgendwie genannt, die ich an den Tag legen könnte, um da irgendwie für meine Verhältnisse möglichst gut raus zu kommen oder möglichst gut zu überstehen. Ja und die Tipps, die sie mir gegeben hat, die waren eigentlich irgendwie so Hilfe zur Selbsthilfe.“ (F: 96-97)

So sind es überwiegend *Stresstoleranzskills*, die als hilfreich erlebt wurden:

*Anfangs hab ich **Stresstoleranzskills** nicht gemacht, was soll der Scheiß denn helfen, es war neu und man hatte kein Vertrauen darin. Und jetzt gibt es Situationen, die würden gar nicht mehr passieren, I: Weil Sie es vorher bemerken?, P: **Stresstoleranzskills** waren schon bekannt, aber das Vertrauen darin war noch nicht da., I: Ja, wirken ja auch anfangs vielleicht etwas komisch., P: Muss man so ein bisschen trainieren. (A: 178-183)*

Gänzlich positiv erlebt wurden *erlebnis- / emotionsbezogene Techniken*, wobei Rollenspiele, Stuhlübungen oder auch Imaginationsübungen genannt wurden:

*„Weil ich bei meiner Mutter immer extrem wirklich ganz schnell hoch schieße, dass das sozusagen auch mit meiner Kindheit, mit meinem inneren Kind, wie sie es nennt, und versucht mir halt da zu helfen, sie sagt „das innere Kind in mir trösten“, so. Also, dass wir sozusagen das aufarbeiten, ja?“ (E: 98)*

Es werden häufig auch *Therapeutische Soft Skills* benannt, v.a. Verständnis/ ernst nehmen, auch *persönliches Engagement* des Therapeuten:

*„ja, man einfach auch das Gefühl hat, die Probleme werden **ernst genommen**“ (E: Z46)*  
*„... wenn ich mich zum Beispiel bei irgendwelchen Sachen quer gestellt habe, dann hat sie gesagt, ne, das lasse ich ihnen jetzt aber nicht durch gehen. Und sie hat mich dann halt, ich war's halt früher gewöhnt von meiner Mutter, dass die mich dann echt platt gemacht hat. Das hat sie halt nicht gemacht. Sondern ist sachlich geblieben, hat diskutiert. Ahm, ich hab mich halt **ernst genommen** gefühlt. Hm, ich find auch den dialektischen Ansatz total toll.“ (F, 75-79), „P: Also was ich als hilfreich empfunden habe gerade am Anfang, wenn man so bestimmte Sachen versucht hat zu erklären, die man normalen Menschen nicht erklären konnte, dass da so ein **Verständnis** da war und auch so ein **Einfühlungsvermögen** was sich so im Kopf bei einem tut. Das fand ich sehr gut, dadurch war es einfacher zu erklären bestimmte Situationen, das empfand ich als sehr hilfreich, das hatte ich auch vorher noch nie so erfahren, dass fand ich halt sehr gut.“ (A; 79-80)*

Wichtig wurde es auch erlebt, wenn die Therapeuten *direktiver* vorgehen und dabei Methoden an die individuelle Situation angepasst wurden, obwohl dies sowohl negativ, als auch positiv erlebt wurde:

„Sie nimmt mich auch mal an die kurze Leine, wenn ich dann rum bocke oder mich querstelle.“ (F; 70); „P: Also es war schon hilfreich, aber die **Regeln** wurden immer strenger, logischerweise. Und sie kann ja auch nur die Therapie machen wenn ich keine Suizidversuche mache, dass ist mir auch klar und die Regeln sind dann dahingehend strenger geworden. I: Und haben Sie dass als unterstützend wahrgenommen? P: Habe ich nicht als unterstützend wahrgenommen. Habe ich aber akzeptiert dass es so sein muss. Ich finde dass nicht unterstützend wenn man am Telefon gesagt bekommt: „Ich kann Sie jetzt nicht coachen, Sie sind auf dem alten Weg“. Aber ich versteh natürlich, dass es so gemacht wurde.“ (A; 124-127); I2: Okay und das hängt, meinen Sie, am ehesten mit der DBT und der Striktheit zusammen? P: Diese Striktheit ja, gut sie hat dann in anderen Fällen sich auch so ein bisschen verbogen und diese Striktheit nicht eingehalten und vielleicht habe ich sie zu oft in solche Situationen gebracht einfach wirklich **DBT-konform** handeln muss. Denk ich mal.“ (A; 92-94), „dass er sich da auch wirklich die Zeit genommen hat. Und nicht gesagt hat: Okay: 50min – Cut! Tschüss!“ (B; 90)

Die *Beziehung* zum Therapeuten erfolgte v.a. über eine allgemeine Bewertung und der Wirkung der Interaktion auf den Patienten:

„Also sie zeigt einem immer, dass man als Mensch **wichtig** ist, ja? Und sie gerne helfen möchte (E; 112) also man, man kriegt halt irgendwie so 'n – ,n Gefühl, was **wert** zu sein, einfach, ja? Dass jeder Mensch halt was **Besonderes** ist. Und das find ich halt, das stärkt natürlich einfach auch wieder das Selbstwert, ja? Ist ganz klar. Genau, also das war zu ihr persönlich, denk ich.“ (E; 112-113); „P: Also, was mir am Anfang der Therapie wahnsinnig geholfen hat, ist, dass irgendwie, wenn meine Therapeutin und ich Meinungsverschiedenheiten hatten, dass sie dann halt in der Situation nicht aus der **Bindung** ausgetreten ist. Sondern das dann verbal mit mir ausgetragen hat.“ (F; 62); „Also, sie vermittelt mir einfach das Gefühl, dass ich ihr **vertrauen** kann und das find ich halt unheimlich wichtig weil das kenn ich so eigentlich nicht. Und – ja,

*ich denk, das ist eigentlich die Basis überhaupt – ja.“ (E, 60-61); Da kommt wieder die **Beziehung** zum Therapeuten, spielt dann da wieder rein, wenn man da ,n gutes Gefühl hat, sozusagen, ,n positives Gefühl hat und der einem auch 'n positives Gefühl vermittelt, dann kann da ganz gut was gehen – was ist noch wichtig?“ (C; 110); „...und man tatsächlich 'n Gefühl hat, dass da ,n Gefühl von **Würdigung** oder **Schätzen** von – von Versuchen oder – Leistungen, klingt jetzt hier 'n bisschen unangebracht, ist ... P: Ich glaub, es ist von Vorteil, wenn man sich mag. Also, wenn man das Gefühl hat, also ich hatte das Gefühl, dass sie mich mag. Ich mochte sie auch.“ (C, 56)*

Die Klientenkategorie *Wollen* ist bei beiden Patiententypen von herausragender Bedeutung:

*„Ja, dieser **Wille**, das tatsächlich halt, tatsächlich etwas ändern wollen, das ist so das Entscheidende, dass man tatsächlich sieht, dass da etwas - etwas ist, was man ändern will und da tatsächlich dann, dass dieser Wunsch größer ist als die Unbequemlichkeit oder das zeitweise halt Verletzbarere oder Schmerzhaftere etc.“ (B, 110-111); „P: Weiß ich jetzt so gar nicht. Also, es ist glaub ich hauptsächlich wirklich der **Wille**, etwas zu verändern, so, weil so jeder ist seines Glückes Schmied und ich möchte mich nicht mehr so irgendwie im Selbstmitleid suhlen, ja? Sondern nur ich selber kann was ändern, ja?“ (E; 180), „Und wenn's eben heißt, 2 Wochen wird kein Alkohol getrunken, wir gucken mal hier, wir gucken mal da, und machen, probiern jetzt mal in die Richtung, in diese Richtung und ... dann muss man da halt **wollen** und mit **Wollen** und durch **Wollen** und das eben auch erreichen **wollen**.“ (B, 110)*

Es gab zur Sozialen Unterstützung sowohl positive, wie auch negative Nennungen, beides ähnlich verteilt:

*„P: Was mich beeinflusst ist, dass meine Schwester schwer erkrankt ist an Krebs, aber dank der Therapie bin ich damit zurecht gekommen, dass ist so dass Gravierenste gewesen. Weil meine Schwester auch die einzige in der Familie ist, zu der ich ein gutes, das beste Verhältnis habe.“ (A, 226-227) „...meine Mutter nervt mich wie eh und je.“ (A, 240); „Na ja, nicht unterstützt. Ich hab halt ab und zu mal was erzählt, und so... die reden halt sowieso nur... gehen halt nur darauf ein, wenn's mir gut geht.*

*Wenn's mir schlecht geht, dann... das wollen sie nicht hören, damit können sie nicht umgehen.“ (B;230-232)*

## Non-Responder

*„Tja, also, ich hatte mir hier einiges erhofft, dass ich vielleicht einiges klarer sehe, aber das ist eigentlich nicht passiert, eher bin ich mehr durcheinander als vorher. Das heißt dass das alles jetzt irgendwie in meiner Verantwortung liegt. Dass ich selber durch mein Verhalten und Tun dazu beitrage, dass ich mich vielleicht selber ausschließe? Tja. Na eigentlich das, ich verlass mich da mehr auf mich.“ (X: 34-39)*

Auffällig war bereits im Interview, dass die Antworten von dem ersten „Non-Responder“ insgesamt eher spärlich gegeben wurden. Tabelle 25 zeigt ein überwiegend negatives Bild aller Wirkkomponenten, erlebter Techniken, Vorgehensweisen, der Beziehung, der eigenen motivationalen Voraussetzungen und des sozialen Umfelds. Der zweite interviewte „Non-Responder“ war dagegen deutlich auskunftsfreudiger und machte eine klare Trennung zwischen dem als wenig hilfreich erlebten Therapeuten und der als sehr hilfreich erlebten Trainerin und Skillsgruppe. Letzteres sei für die Klientin auch ausschlaggebend für die erzielten Therapieerfolge gewesen.

Empfohlene Techniken wurden von Patient X, bis auf die Liste angenehmer Aktivitäten, als wenig hilfreich erlebt:

*“P: Wir haben Hausaufgaben auf bekommen. Das war auch so'n **Wochenprotokoll**, mit **Achtsamkeitssachen** und bestimmte Sachen beobachten an sich. I: Und wie fanden Sie das – hilfreich oder konnten Sie damit weniger was anfangen? P: Eher weniger.“ (131-133)*

*I: Und gibt es so Sachen in der Einzeltherapie, mit denen konnten Sie wenig oder gar nichts anfangen? P: Ja, diese **Verhaltensanalyse**. I: Fällt Ihnen noch was ein? P: Das **Wochenprotokoll**. (70-74) negative Nennungen; „P: Zum Beispiel gab's da mal so'ne **Liste angenehmer Aktivitäten**, war hilfreich da seine eigenen rauszufinden. Ich hatte das nochmal für mich so zusammengefasst und hingelegt, so'n Blatt, und versuche dann, wenn ich nach irgendwas suche, da raufzुकucken, ja.“ (125)*



Von Patient Y wurden jedoch alle in der Skillsgruppe vermittelten Fertigkeiten als hilfreich erlebt:

*„I: Ja. (Pause) Hm, wenn sie jetzt an die Skills-Gruppe denken, gab's bestimmte Übungen oder Hausaufgaben oder Vorgehensweisen, die sie als hilfreich erlebt haben. Und wenn ja, welche? P: Mh, ja. Eigentlich alle, die sie [die Trainerin] aufgegeben hat und. Also in jedem Bereich. In Stresstoleranz und Achtsamkeit und dann mit Gefühlen, zwischenmenschliche Fertigkeiten und ah, ja eigentlich so, die ganze Palette eigentlich. (Y: 292-293)*

Patient Y gab an, dass das Kontingenzmanagement, in diesem Fall dreimonatige Therapiepause des Therapeuten nach einem Suizidversuch als wenig hilfreich empfunden wurde, auch bei Krisen fand sie ihn wenig hilfreich:

*„P: Und ahm, jetzt war halt wieder so 'ne Situation. Ja, wo ich so 'ne Krise hatte. Da hab ich ihn aber angerufen und da ist er auch dran gegangen und ahm, aber das was er, also ich hab ihm nur die Situation halt so erklärt und, ah, weil sich jetzt wieder meine Freundin von mir getrennt hatte, und ah, ja und dann, - also da ruf ich dann doch lieber ahm, meine beste Freundin an oder meinen besten Freund und die können mir dann irgendwie besser helfen als er... I: (Pause) Und wie haben sie ihren Therapeuten erlebt in diesen Situationen. P: Ich weiß nicht, ich hab immer das Gefühl er wär' überfordert. I: Mh. Gibt er ihnen Hilfestellungen oder ist er, ahm, versucht er irgendwie nachzufragen oder zu. P: Na, er versucht, also er versucht schon. Ja. Er, na, er versucht so sein Bestes. I: O.k. Aber am Ende wissen sie nicht so genau, was sie dann am besten jetzt als Nächstes machen könnten. P: Ne. Also danach bin ich irgendwie meistens nicht schlauer als vorher, so. I: O.k. Hat er ihnen zum Beispiel auch mal so irgendwie Tipps gegeben, diesen und diesen Skill da zu verwenden? Was sie ja auch grade am Anfang gesagt haben, dass sie ja anderes, die Skills, ahm. Haben sie darüber auch noch mal gesprochen mit ihm. P: (Pause) Hm, (Pause) Ne. I: Eigentlich nicht. P: Ne. (Pause) I: Mh. - Also würden sie sagen, ihr Therapeut hat sie nicht unterstützt, ne. ...? 25.26 P: Er hat versucht. I: Also er hat versucht, sie zu unterstützen, und das, haben sie das auch ein bisschen als Unterstützung erlebt? Dass er es versucht hat. Also dass sie die Möglichkeit hatten, ihn anzurufen. Oder war's eher. P: Also es, es war mir eigentlich immer eher unangenehm.“ (Y: 238-268)*

Von der Therapeutin fühlte sich Patient X kaum verstanden:

*„Also irgendwann haben wir uns mal beide gestanden, dass wir das Gefühl haben, wir **reden aneinander** vorbei.“ (105)*

*„P: Hausaufgabe war das Wochenprotokoll, eventuell ,ne Verhaltensanalyse. I: Und wie fanden Sie das – hilfreich, oder ...?“*

*P: Das Problem war, dass ich mich im Nachhinein oft nicht erinnern konnte und das dann schwierig ist ,ne Verhaltensanalyse so im Detail auszufüllen. Ich hatte eher den **Eindruck, sie legt mir die Worte in den Mund** und ich hab dann einfach gesagt „Ja, gut, dann isses eben so.“ Wenn Sie das unbedingt schreiben wollte, letztendlich hab ich vermieden, Situationen zu nennen, um die nicht nochmal ausfüllen zu müssen. Ich hab's ihr versucht zu erklären und so. Wenn ich mir jetzt in dem Protokoll was aus den Fingern sauge und noch im Nachhinein zugeben soll ich hab daraus was gelernt, obwohl ich mich nicht dran erinnern konnte, bringt's mir nichts.“ (62-66), Ich glaub auch, mein **Grundproblem** war damals zu Anfang, dass es mir schwer fällt, bestimmte **Dinge zu benennen**. Und wenn dann so im Nachhinein rauskommt, dass konnte ja auch nix werden weil sie konnten mir das jetzt nicht so klar rüberbringen, ja, dann fehlen mir halt so'n bisschen die Worte.“ (79-80)*

Auffällig sind auch die Aussagen von Patientin Y hinsichtlich **Kompetenz, Authentizität** und **Echtheit** der Therapeuten und Trainer. Deutlich wird auch, dass durch vorherige DBT-Erfahrungen und eine, im Gegensatz zum Therapeuten, hilfreich erlebte Trainerin, sehr differenzierte Bewertungen vorgenommen wurden. Nachfolgender Textabschnitt soll in seiner Gesamtheit belassen werden, zum besseren Verständnis, enthält jedoch mehrere bedeutungstragende Entitäten im Kategoriensystem:

*I: Was meinen sie denn. Wir haben ja am Anfang über 50% Einfluss der Skills-Gruppe auf die Veränderungen. Dass sie jetzt sich weniger selbst verletzen und diese Skills anwenden. Was denn, bezogen auf die Skills-Trainer, haben sie als positiv empfunden hinsichtlich der Veränderungen. P: Alles. (lachen) Also ich hatte ja die Frau Y und die hat Ahnung und die ist, die ist gut. I: Okay. P: Die ist gut. I: Und ahm, können sie sagen, wenn sie jetzt sagen sie hat Ahnung, also, sie haben sich verstanden gefühlt. Oder? P: Ja, sie hat einfach, sie hat einfach gewusst wovon sie redet I: Also , mh. Hatten sie das Gefühl, dass er sie versteht? P: Ne, nicht so wirklich. Also ich hab*

eigentlich nie so das Gefühl, dass er mich versteht...und sie [Trainerin] hat einfach ahm, das Verständnis und ahm, ja irgendwie fühlt man sich dann halt, dann halt so aufgehoben und ahm verstanden und unterstützt auch. Es kommt so bei ihr so von Herzen so. I: Mh. Also dass sie sie auch als echt erlebt haben. P: Ja. I: Und gibt es etwas, was in der Einzeltherapie, was sie halt jetzt ganz explizit nicht als hilfreich erlebt haben? P: Mh, na ja, seine Methode zu therapieren. I: Mh. P: Also das war nicht ganz so DBT, also so was ich kenne. I: Mh. Beschreiben sie mal. Versuchen sie mal zu beschreiben. Das ist ganz interessant. P: Hm, es war eher so 'ne, es war eher 'ne Allgmeintherapie. Oder also, wie, wie ich weiß nicht, so 'ne, wie so 'ne, so 'ne, ja, wenn man halt Depressionen hat und geht zum Psychologen. So 'ne Therapie. I: Mh. P: Also so 'ne Therapie hatte ich halt schon früher mal und ah, halt so 'ne ganz normale Gesprächstherapie. I: Okay. P: Und, und. I: Was hat er denn gemacht mit ihnen. Oder wie lief denn so 'ne Therapie ab? P: Na ja, wir haben uns halt unterhalten. Und er hat zwar versucht, da irgendwie ahm, so ein bisschen ah, also, versucht so ein bisschen die Vokabeln vom DBT irgendwie aufzusagen. Aber ahm, richtig geklappt hat's nicht. Also wenn ich jetzt nicht schon vorher DBT gehabt hätte, hätte ich wahrscheinlich gedacht, ah ja. Ah. I: Ja. P: Ist bestimmt DBT so. Aber da ich halt schon Vorerfahrungen hatte, ist es für mich halt, ahm, war es halt nicht so, also ich wurde nicht so gefordert wie.“ (Y: 269 ff)

„P: Ich glaub das hat einfach vom Typ her, vom Typ Mensch her hat's glaub nicht so gepasst. I: Mh, mh. War ihnen das am Anfang schon klar? Oder. P: Ja, also, ahm, er ist halt eher so ruhig und so, (Pause) ahm, ja, also ich brauchte jemand, der mich so bisschen, der mich so uff-nimmt, der mich ein bisschen. I: Ja. Er war eher ein bisschen zurückhaltend. P: Feuer halt. Er ist halt nicht, kein Feuer. I: Mh. Okay. P: Der ist eher so. Ja so. Der rückt auch nicht so richtig mit der Sprache raus. So.“ (Y: 158-184)

Relativ viele Nennungen, vor allem negativer Art, gibt die Patientin X zum Thema *Wille*, dagegen gibt Patientin Y positive Nennungen zum eigenen Engagement ab:

„P: Also irgendwie werde ich den Eindruck nicht los, dass das eben an meinem nicht richtigen **Wollen** liegt.“ (79); „I: Und was würden Sie sagen, woran könnte es liegen, dass sich nichts verändert hat, erst mal allgemein gefragt? P: Kann ich nur mutmaßen, weiß nicht, hab ich nicht genug mitgearbeitet, hab ich mir nicht genug **Mühe** gegeben.“ (42) Negativnennung; „P: Ich bin her gekommen, ich versuche mich

*mit allem auseinanderzusetzen und auch im Kontakt zu bleiben, ich beschäftige mich mit den Hausaufgaben, versuch mich einzubringen in den Gesprächen I: Gibt's noch was wo Sie sagen würden, das haben Sie auch noch zum Gelingen beigetragen? P: Nichts.“ (X: 161-164)*

*„I: Ahm, wenn sie auf das bisher Erreichte jetzt zurück blicken, was haben sie alleine davon bewirkt? P: Hm, na ja, im Großen und Ganzen ja alles, weil sonst. Wenn ich nichts gemacht hätte, dann hätte ich ja auch nichts erreicht. I: Mh. P: Also, ich hab das ja, bin ja dahin gegangen und hab's angenommen und hab's versucht irgendwie umzusetzen und. I: Also der Wille, das umzusetzen, würden sie sagen, das ist so mein Bei-. P: Ja. I: -trag dazu. P: Hm, ja schon. (Pause) Ja, es waren irgendwelche, ich weiß nicht, ahm, dadurch dass es halt immer wieder, dass ich halt jede Woche damit irgendwie auseinander, mich auseinander setze, ist es halt dann präsent deswegen. Aber im Endeffekt mache ich ja das selbst.“ (Y:345ff)*

### **Hierarchisierung der Wirkfaktoren durch die High- und Non-Responder**

Zur Hierarchisierung bemerkt der erste „Low-Responder“, dass es vor allem die eigenen Anteile, wie das Können und Wollen sind, die für die Veränderungen von besonderer Bedeutung sind. Diese Gewichtung wird besonders einleuchtend, wenn dieser Patient angibt, dass er kaum etwas erreicht hat und das „an meinem nicht richtigen Wollen liegt“ (X: 79): „P: Soll ich mal? Also, ich denke, wichtig sind schon meine eigenen Fähigkeiten, wie ich das überhaupt auch an mich ran lasse, alles so, und da was zu lernen irgendwie“ (X: 184-185)

Der zweite „Low-Responder“ macht hierbei nochmal deutlich, wie unzufrieden er mit dem Therapeuten, nicht jedoch mit der Trainerin und Gruppe war:

*„I: Wenn sie jetzt diese vier Bereiche überblicken, hm, (Pause) welches von den Vieren war für sie, was sie erreicht haben, also für den Therapieerfolg, jetzt am Wichtigsten? P: Hm, (Pause) ahm, eigentlich die Trainerin, aber nicht der Therapeut. I: O.k. P: Ah, dann die Techniken, dann die Gruppe und dann ich. I: Also in der Hierarchie erst mal die Trainerin, Therapeut nicht, dahinter kommt, kommen die Übungen, also die Skills und die Gruppe war auch und ganz am Ende ihre eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten. P: Na, ganz am Ende dann, de-, der Therapeut. I: Okay, aber über ihren Fähigkeiten nochmal der, die Gruppe sozusagen. P: Genau. I: Ja? P: Ja. I: Die sie gestützt hat. P: Ja. (Y: Z 185-186)*

Bei der **Hierarchisierung** der Wirkfaktoren geben dagegen alle fünf High-Responder an, dass die Beziehung zum Therapeuten und der Therapeut selbst die wichtigsten Determinanten für den Therapieerfolg darstellen, wobei zwei Personen betonen, dass die Beziehung nur am Anfang von Bedeutung war, später dann die eigenen Fertigkeiten im Vordergrund standen.

*„...rückblickend würde ich sagen, dass halt am Anfang zuerst die Beziehung wichtiger war, also diese sichere Bindung war mir wichtig und die eigenen Fähigkeiten wurden dann später erst irgendwie wichtig. Als ich, als ich halt das mit der sicheren Bindung so langsam spitz gekriegt hab, wie das funktioniert. Also, das hat sich dann irgendwie nochmal so gewechselt, zwischendurch.“ (F; Z 179)*

### **6.3 Diskussion der Ergebnisse zur Verknüpfung der Wirkfaktoren und Therapieerfolgskriterien**

Zahlreiche Studien belegen positive Zusammenhänge zwischen Beziehungsfaktoren und dem Therapieergebnis (Berking, 2004; Johnson et al., 2003; Tryon & Winograd, 2001, 2002; Martin et al., 2000; Orlinsky et al., 1994, 2004, Caspar, 1999), wobei die Patientenwahrnehmung der Allianz Aspekte mindestens genauso, oft besser Therapieerfolg prädiziert als die Einschätzung von Therapeuten oder externen Ratern (Bohart et al., 2002, Busseri & Tyler, 2004, Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Dabei werden Aspekte der Therapieallianz und Ergebniskriterien sehr unterschiedlich konzeptualisiert und operationalisiert, auch die beforschten Studienpopulationen sind sehr heterogen, was die Vergleichbarkeit vorliegender Befunde erschwert. Darüber hinaus wird kritisch diskutiert, inwiefern einzelne Wirkfaktoren, wie die Therapieallianz, isoliert betrachtet werden können. So kann auch in der Behandlung der BPS dieser Aspekt nicht separiert eingeschätzt und in Beziehung gesetzt werden, geht es doch um eine dialektische Balance aus Veränderungs- und Validierungs (respektive Beziehungs-) Techniken (siehe hierzu bspw. Linehan, 2006c).

Nachfolgende Ergebnisdiskussionen sollen somit im Kontext eines Gesamtbehandlungskonzeptes gedacht werden, wobei einzelne Aspekte in der Praxis nicht isoliert wirken (können). Separierende Darstellungen erfolgen damit lediglich, um einzelne Therapieaspekte deutlicher differenzieren zu können und um damit praxisrelevante Implikationen ableiten zu können.

Obwohl die zahlreichsten Befunde der Prozessforschung für die Therapiebeziehung vorliegen, gibt es bislang wenige empirische Studien zur Allianz innerhalb Behandlung der BPS. In der Studie von Spinhoven et al. (2007) prädiziert der WAI in der Therapeutenversion lediglich

den Drop-out zu Therapiebeginn, der WAI in der Patientenversion jedoch die Symptomreduktion, gemessen mit dem Borderline Personality Disorder Severity Index (Arntz et al., 2003), zum Ende der Behandlung. Dieser Befund unterstützt die Bedeutung der Patientensicht, auch innerhalb der Störungsgruppe der BPS-Patienten, neben den weiteren, zahlreichen störungsübergreifenden Befunden hierzu (Bohart, 2002; Busseri & Tyler, 2004; Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). Auch die vorliegende Studie bestätigt die Bedeutung der Patientensicht auf die Allianz, da signifikante Zusammenhänge zum Outcome festgestellt werden konnten und die Wahrnehmung und Gewichtung der für das Outcome notwendigen Faktoren. Da kein Vergleich mit der Therapeutenperspektive innerhalb dieser Studie vorgenommen wurde, kann keine die Perspektiven vergleichende Aussage getroffen werden.

Die Unterskala *Bindung*, als ein Beziehungsaspekt, (Horvath & Greenberg, 1989) erwies sich nicht als signifikanter Prädiktor für das Therapie- Outcome. Zu berücksichtigen ist dabei die Rückmeldung einiger Patienten, dass sie Schwierigkeiten hatten die entsprechenden Items der Bindungsskala (bspw. gemocht zu werden und einander zu vertrauen) einzuschätzen. Möglicherweise verhindern dysfunktionale Grundannahmen eine realistische Einschätzung über das Ausmaß, vom Therapeuten Zuneigung entgegen gebracht zu bekommen, was somit auch nicht mit den tatsächlich erreichten positiven Veränderungen einhergehen kann.

Vorliegende Studie verweist damit darauf, dass auch eine schwache Ausprägung des Bindungsfaktors, zumindest so wie der WAI diesen erhebt, zur Erreichung von Zielen, Symptomreduktion und allgemeiner Zufriedenheit führen kann.

Demgegenüber steht die Bewertung der *Zuversicht und Übereinstimmung* mit dem Therapeuten im Zusammenhang mit der Reduktion der borderlinetypischen Symptomatik zum Ende der Therapie, wobei die Richtung des Zusammenhangs nicht feststellbar ist. So kann eine wahrgenommene Symptomreduktion zu einer positiveren Einschätzung der Beziehungsqualität führen bzw. kann auch eine höhere Zuversicht und Übereinstimmung mit dem Therapeuten zur Wahrnehmung von deutlichen Verbesserungen auf Symptomebene führen.

Die Unterskala *Zuversicht und Übereinstimmung* aus Patientensicht zu Behandlungsbeginn leistet einen Beitrag zur Varianzaufklärung der Patientenzielerreichung zum Ende der Therapie. Diese WAI-Unterskala hängt zudem auch mit der allgemeinen Therapiezufriedenheit am Ende der Therapie zusammen, auch wenn es zu diesem sehr allgemein gehaltenen Outcome keine weiteren Verbindungen mit anderen Erfolgskriterien gibt. Somit scheint die *Zuversicht und Übereinstimmung* mit dem Vorgehen und den Zielen des Therapeuten und mit seinem Konzept, die gemeinsam in der DBT besprochen werden,

aus Patientensicht den bedeutungsvollsten Aspekt im Rahmen Therapiebeziehung einzunehmen. Es wäre interessant zu untersuchen, inwiefern auch die Therapeuten- oder Beobachterperspektive (WAI-T oder WAI-B) auf die Therapieallianz in Übereinstimmung mit der Patientenperspektive bzw. den Erfolgskriterien steht.

Interessant wäre auch, zu untersuchen, inwiefern der Verlauf der Beziehungseinschätzung durch die Patienten über den Erhebungszeitraum Zusammenhänge zum Outcome aufweist. Kivlighan & Shaughnessy (2000) verweisen auf eine bessere Prädiktionskraft von Beziehungen mit „tears and repairs“, einem quadratischen Verlaufsmuster der Beziehungsentwicklung in Bezug zu einem positiven Therapieoutcome. Vorliegende Studie musste auf eine diesbezügliche Analyse verzichten, auch eine differenziertere Ergebnisdarstellung mittels Zeitreihenanalysen des WAI in der Patienten- und Therapeutenversion konnte, aus Gründen des Umfangs, nicht durchgeführt werden.

Die direkt erfragte Hierarchisierung der Prozessfaktoren aus Patientenperspektive stellt einen ersten empirischen Befund dar, werden Wirkfaktoren in der Literatur stellenweise hinsichtlich angenommener Bedeutung für den Therapieprozess hierarchisiert, ohne konkretes empirisches Datenmaterial.

An dieser Stelle sei nochmals auf die eingangs betonte Problematik der separierten Einschätzung von Wirkfaktoren verwiesen. Den Patienten fiel es schwer, die Therapieaspekte getrennt voneinander zu betrachten. Wie von Castonguay et al. (2006) ausführlich dargestellt, werden Wirkfaktorenkategorien unterschiedlich definiert. Da die *therapeutische Beziehung* in der vorliegenden Studie von den Befragten nicht von *Therapeuteneigenschaften* getrennt wahrgenommen wurde, flossen diese Aspekte zusammen und wurden als ein Faktor gewichtet, der die größte subjektive Bedeutung für die erreichten Veränderungen aufweist (41.8%). Dies korrespondiert mit o.g. Befunden, bspw. verweist auch Norcross (2002) auf die höhere Bedeutung von Beziehungsvariablen im Vergleich zu anderen Interventionen, dabei hat die Therapiebeziehung eine Auswirkung auf das Outcome, auch unabhängig von spezifischen Interventionen (Castonguay et al., 1996). Der kontrastierende Vergleich der High- und Non-Responder verweist darauf, dass die Beziehungsqualität bei den High-Respondern deutlich höher eingeschätzt wird und im Verlauf weiter ansteigt, während die Non-Responder geringere Werte in den Beziehungsskalen aufweisen, die im Therapieverlauf noch weiter absinken.

Der zweite Rang wird vom Wirkfaktor *Eigener Anteil* (33.7%) eingenommen, worunter v.a. Aspekte, wie innere Bereitschaft, Motivation und Veränderungswille zu verstehen sind. Dieser Befund wird in bisherigen Studien v.a. von Forschern, wie Bohart (2012; vgl. auch



Bohart & Tallman, 1999; Orlinsky, 2000, zitiert von Bohart, 2012; Rennie, 2002; Levitt and Rennie, 2004; Smith & Grawe, 2003) eingehend diskutiert. Dabei wird der Klient als aktiver, planender Agens betrachtet, der mit seinen Interpretationen der therapeutischen Angebote eigene Interventionen konstruiert.

Konkrete *Techniken*, wie die vermittelten Fertigkeiten, werden in vorliegender Studie deutlich häufiger von den Patienten als hilfreich benannt (gemessen mit der Anzahl der Nennungen) als alle anderen Wirkfaktoren bei der reinen Aufzählung. In der direkten Gewichtung der Wirkaspekte durch die Patienten, die Bezug zum letztlichen Therapieerfolg nimmt, wird diesem Wirkfaktor, verglichen mit den zuvor genannten Aspekten, die geringste Bedeutung zugesprochen mit 18.4 %. Diese Interventionen sind zwar wichtig, jedoch deutlich weniger bedeutsam für die Patienten als die vorherigen beiden Aspekte. Dies entspricht bisherigen Befunden, die für Techniken und Interventionen im Vergleich mit Beziehungsfaktoren kleinere Varianzen ermittelten (Lambert, 1992; Wampold, 2001; Norcross, 2002). Auch in anderen kognitiven Behandlungskonzepten, bspw. im Rahmen Depressionstherapie, präzisieren Aspekte der Therapieallianz und ein „emotional involvement“ der Klienten Verbesserungen der Patienten, während eine höhere Manualtreue, bspw. ein erhöhter Fokus auf Fehlattritionen im Rahmen depressiver Symptome und ein vermehrter Einsatz kognitiver Techniken zur Verbesserung der Therapieallianz, diese verschlechterte (Castonguay et al, 1996). Die Autoren verweisen jedoch darauf, dass letztlich technische und beziehungsorientierte Variablen nicht trennbar sind, beide Aspekte mit positiven Therapieergebnissen zusammenhängen und Dichotomien verschiedener Wirkaspekte dem komplexen psychotherapeutischen Prozess nicht gerecht werden (Castonguay und Grosse Holtforth, 2005).

Einflüsse des sozialen Umfeldes bzw. *extratherapeutische Veränderungen* werden in der Literatur als sehr bedeutsam eingeschätzt, so sprechen bspw. Asay und Lambert (2006) diesem Faktor 40% Varianzaufklärung für das Therapieergebnis und damit die höchste Prädiktionskraft zu. In vorliegender Störungsgruppe wird dieser Faktor von den Befragten, im Vergleich mit allen anderen Wirkkomponenten, am wenigsten als bedeutsam benannt. Hiernach werden insgesamt 6.1% der Bedeutung den Faktoren des Umfeldes zugeschrieben. Häufig werden sogar hinderliche Bedingungen benannt, die im sozialen Umfeld aus Patientensicht erlebt werden, wenn bspw. der Partner vom Patienten wahrgenommene Therapieerfolge negiert und weiterhin invalidierend bleibt.



## 7. Abschließende Gesamtdiskussion

Die vorliegende Arbeit folgte in ihrer Darstellung der Ergebnisse und Diskussionen einer Dreiteilung, den Hauptfragestellungen folgend. Kapitel 4 beschäftigte sich mit der Wirksamkeit der DBT-orientierten Behandlung im ersten Therapiejahr, Kapitel 5 mit den Wirkfaktoren aus Patientensicht im Therapieprozess und Kapitel 6 mit dem Zusammenhang der ermittelten Wirkfaktoren und Therapieerfolgskriterien. Die einzelnen Ergebnisse wurden in den jeweiligen Abschnitten diskutiert. Es erfolgt nun eine kurze Zusammenfassung aller Befunde um anschließend den Untersuchungsansatz kritisch zu reflektieren und ein abschließendes Fazit für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu ziehen.

### 7.1 Ergebniszusammenfassung auf einen Blick

Fragestellung/ Hypothese	Antwort	Seite
Welche Therapieziele formulieren Patienten vor Beginn ihrer Therapie?	„Individuelle Therapieziele“ (5 Hauptkategorien): Gefühlsbezogene Ziele (24%); Interpersonale Ziele (22%), Selbstbezogene Ziele (36%), Spezifische Symptome (9%), Selbstverletzendes Verhalten, (9%)	74f
Die Patienten geben nach einem Jahr Therapie signifikant höhere Werte in der durchschnittlichen Zielerreichung über alle Kategorien hinweg an, als zu allen anderen Messzeitpunkten T0, T1, T2 und T3	Ja	75f
Die Patienten geben nach einem Jahr Therapie auch signifikant höhere Werte in den einzelnen Zielkategorien an.	Ja; Ausnahme: Symptombezogene Ziele (zw. T1 und T2 keine signifikante Veränderung)	77ff
Das Ausmaß folgender störungsspezifischer Probleme reduziert sich signifikant im ersten Therapiejahr:		79ff
- Depressivität	- Ja	
- Borderline-Symptomatik	- Nein	
- Allgemeine Symptombelastung (BSI)	- Ja	
o Soziale Unsicherheit	o Ja	
o Depressivität	o Ja	
o Ängstlichkeit	o Ja	
o Aggressivität	o Ja	
o Phobische Angst	o Nein	
- Borderline-typische Gedanken und Gefühle	- Ja	
- Selbstverletzungsanzahl	- Ja	
- Art der Selbstverletzung	- Ja	
- Suizidversuche	- Ja	

Fragestellung/ Hypothese	Antwort	Seite
Die Patienten sind nach einem Jahr Therapie im Durchschnitt zufrieden mit ihrer Therapie.	Ja, überwiegend	82f
Wie häufig werden die einzelnen Kategorien zur individuell erlebten Veränderung von den Patienten benannt?	Gefühlsregulation (25.4%); Interpersonale Ziele (43.8%); Selbstentwicklung (20.8%); Symptombewältigung (2.7%); Selbstverletzendes Verhalten (7.3%)	83ff
Direkte Veränderungsmaße (Zufriedenheit und Ziele) stehen im Zusammenhang mit indirekten Veränderungsmaßen (BDI, FGG, BSI, BSL, LPC).	Teilweise: die Erreichung der Patientenziele korreliert signifikant mit der Reduktion der BSL, FGG, BDI, BSI, nicht jedoch mit der Selbstverletzungsrate und Therapiezufr.	81f
Was wird von den Patienten als subjektiv hilfreich und /oder weniger hilfreich innerhalb DBT-Behandlung im ersten Therapiejahr wahrgenommen?	Hauptkategoriensystem enthält 6 Wirkfaktoren: Therapeutische Fachkompetenz „Hard Skills“; Therapeutische Sozialkompetenz „Soft Skills“; Klientenfaktoren; Umfeld; Methodenbalance; Beziehungsfaktoren	102ff
Die Patientenversion des Working-Alliance-Inventory zeigt eine 3-Faktorenstruktur, analog Horvath et al. (1986)	Nein, eine 2-Faktorenlösung: „Zuversicht/Übereinstimmung“ und „Bindung“	127f
Die subjektiv von den Patienten wahrgenommene Qualität der therapeutischen Beziehung im Antwortspektrum hoher Zustimmung bewertet.	Ja, 5.1 (Maximum 7)	129f
Welche subjektive Bedeutung haben die Wirkfaktoren hinsichtlich erreichter Veränderungen aus Patientensicht?	Therapeut/ Beziehung (41.8%), Eigener Anteil (33.7%), Technik (18.4%), Umfeld (6.1%)	145f
Die Qualität der therapeutischen Beziehung leistet einen Beitrag zur Aufklärung der Varianz störungsspezifischer und unspezifischer Therapieergebniskriterien.	Teilweise: WAI-Ü zu T3 und BSL, Zufried. WAI-Ü zu T0 und T3 und Th.ziele	147ff
Welche hilfreichen bzw. weniger hilfreichen Aspekte im Therapieprozess werden von den „High- und Non-Responder“ dieser Studie benannt?	<u>High-Responder:</u> Gute Beziehungsqualität, Strukturierung, Fertigkeiten, Erlebnis- und emotionsfokussierte Techniken, Therapeutische Soft Skills, Balancierungs- und Beziehungsfaktoren, Klientenfaktoren, v.a. der eigene Wille zur Veränderung, Soz. Unterst. <u>Non-Responder:</u> Geringe Beziehungsqualität, einige Fertigkeiten, jedoch negative Therapeuteigenschaften wahrgenommen, weniger Eigenengagement des Patienten, hemmende Zustände, Gefühle, Gedanken in den Sitzungen	149ff

## 7.2 Kritisches Fazit zum Untersuchungsansatz

Die folgende zusammenfassende Diskussion zum Untersuchungsansatz widmet sich ausgewählten methodischen Limitierungen dieser Studie. Da die Arbeiten von Stiglmayr et al. und Stecher-Mohr et al. (in press) ausführlich auf die Stärken und Schwächen der Gesamtstudie „BBV“ eingehen, soll dieser Abschnitt kurz gehalten werden mit Hervorhebung der Limitierungen, die allein in vorliegender Studie vorzufinden sind.

### 7.2.1 Studiendesign: Limitierungen

Vorliegende Arbeit untersucht ausschließlich die Patientenperspektive zu Therapieerfolgskriterien und Prozessfaktoren, die Therapeuten- oder Beobachterperspektive wurde dabei nicht berücksichtigt.

Durch die fehlende Kontrolle darüber, welche Therapiemethoden tatsächlich angewandt wurden ist unklar, in welchem Ausmaß DBT-Techniken eingesetzt wurden. Dies soll durch die Adhärenz-Studie von Steffens (in prep.), die im Rahmen des BBV-Projektes angefertigt wird, beantwortet werden. Dennoch wird dabei offen bleiben, welche Strategien die einzelnen Therapeuten in ihrer Vorgehensweise integrierten. So benannten Patienten „Stuhltechniken“ oder Strategien zum „inneren Kind“ als hilfreich, die nicht auf DBT-Techniken verweisen, eher schienen Therapeuten in einigen wenigen Fällen auch Elemente aus anderen therapeutischen Orientierungen zu verwenden (womöglich aus den Ansätzen von Reddemann, Greenberg oder Young). Die therapeutischen Ansätze zur Behandlung der BPS überschneiden sich zwar, es gibt jedoch auch deutliche Unterschiede, bspw. im Ausmaß der Emotions- und Erlebnisorientierung. Dialektisch-behaviorale Herangehensweisen fokussieren beispielsweise für die emotionale Verarbeitung erlebten Distresses auf eine Habituation durch achtsames Erleben im Moment, eine kognitive Analyse der Emotionen und Erarbeitung neuer, lösungsorientierter Strategien. Erlebensorientierte Ansätze, wie die Emotionsfokussierte Therapie (Greenberg, 2002) gehen von einem schrittweisen durch den Therapeuten unterstützten Erleben einer bestimmten Abfolge von sekundären über maladaptive zu adaptiven Emotionen aus (Greenberg, 2011). Da in vorliegender Studie jedoch nur vereinzelt Nennungen von nicht in der DBT angewandten Techniken vorkamen, ist davon auszugehen, dass diese keinen nennenswerten Einfluss hatten.

Die Nutzung von Supervision und Intervision der teilnehmenden Therapeuten ist in vorliegende Analyse nicht eingeflossen, auch abweichende Erhebungszeiträume, wenn beispielsweise einige Patienten sehr schwer erreichbar waren und stellenweise erst einige

Monate nach geplantem Erhebungszeitpunkt befragt werden konnten. Auch die Anzahl der Therapiesitzungen im Erhebungszeitraum wurde in dieser Studie nicht in die Berechnungen einbezogen, da die Berücksichtigung dieser möglichen Einflussvariablen den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Des Weiteren konnten nicht alle Patienten mit Fertigkeitengruppen versorgt werden, wobei es sich nur um wenige Ausnahmen handelt. Da die Gruppen jedoch wichtiger Bestandteil und Wirkfaktor der DBT sind, ist von einem geringeren Therapieeffekt auszugehen, wenn keine Gruppe besucht wurde.

Alliance- Effekte werden in der Psychotherapieforschung zunehmend diskutiert (bspw. Leykin et al., 2009) und können in vorliegender Studie nicht ausgeschlossen werden, befanden sich doch überwiegend Verhaltenstherapeuten unter den Forschenden.

### **7.2.2 Kritisches Fazit zur Methodologie**

Vorliegende Studie bot die Möglichkeit, übliche Schwächen qualitativer bzw. quantitativer Erhebungsinstrumente im Mixed-Methodology-Design zu reduzieren und die jeweiligen Stärken beider methodologischer Ansätze zu nutzen.

Zur Evaluation des Therapieerfolges innerhalb DBT konnten bewährte, standardisierte Fragebögen heran gezogen werden. Dies hatte den Vorteil vergleichende, repräsentative und objektive Aussagen machen zu können mit höherer externer Validität an einer größeren Stichprobe als es, aus ökonomischen Gründen, beim qualitativen Ansatz machbar gewesen wäre. Über den Erhebungszeitraum von einem Therapiejahr wurden Daten verglichen und miteinander statistisch in Beziehung gesetzt. Die Patienten erhielten dazu ein umfangreiches Fragebogenpaket innerhalb der Gesamtstudie, welches Einfluss auf die Antwortgüte gehabt haben könnte. Rathod & LaBruna (2005) untersuchten die Effekte längerer Interviews und ermittelten, dass diese Auswirkungen auf die Ermüdung der Befragten haben, auf deren Aufmerksamkeit, die Geschwindigkeit der Beantwortung und damit die Antwortqualität. Auch für vorliegende Studie können Erschöpfungseffekte und damit Einflüsse auf die Qualität der Antworten in den standardisierten Fragebögen nicht ausgeschlossen werden.

Der qualitative Ansatz hatte den Vorteil mit größerer Offenheit und Flexibilität an den Untersuchungsgegenstand heran treten zu können. Die befragten Patienten wurden in ihren Antwortmöglichkeiten und ihrem subjektiven Erleben nicht beschränkt, es war dadurch eine höhere inhaltliche Validität möglich, ein tieferer Informationsgehalt konnte erlangt werden als es bei standardisierten Fragebögen möglich ist. Die Nachteile offener Befragung liegen jedoch beispielsweise in der Anfälligkeit für subjektive Verzerrungen, der Abhängigkeit von der Antwortbereitschaft der Befragten und Beeinflussungen durch den Interviewer.

Die subjektive Sichtweise der Betroffenen wurde durch offene Erzählanreize zu Beginn des Interviews ermöglicht. Vorliegende Untersuchung bot über die Eingangsfrage nach den erreichten Veränderungen im Therapieprozess einen Anknüpfungspunkt, um die hilfreichen und weniger hilfreichen Aspekte in Bezug zu tatsächlich erreichten Veränderungen setzen zu können. Eine Pilotstudie diente der Überprüfung des Interviewleitfadens, in der die Rückmeldungen der Patienten wichtige Korrekturen erlaubten.

Der Wirkfaktor *Therapeutische Allianz* wurde sowohl qualitativ (Befragung) als auch quantitativ (Working Alliance Inventory in der Patientenversion) erfasst und erlaubte neben statistischen Analysen einen tieferen Informationsgewinn.

Die Resonanz auf die Anfrage für die zusätzlichen Interviews war hervorragend, alle angefragten Patienten waren bereit zur Teilnahme und zeigten sich überwiegend sehr offen und auskunftsbereit.

Die Bewertung der Therapie erfolgte in der Retrospektive. Neben möglichen Rückschaufehlern könnte das rasche Wechseln der Stimmung bei BPS auch die Erinnerung oder die aktuelle Befindlichkeit in der Therapiebeziehung (die meisten Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Therapie) oder/ und die Beziehung zum Interviewer, die Antworten beeinflusst haben.

Trotz ausgiebiger Interviewer-Schulung konnte der Einfluss des jeweiligen persönlichen Stils oder nonverbale Äußerungen des Interviewers nicht kontrolliert werden. Der Interviewleitfaden, Interviewerschulungen und Probeinterviews unterstützten jedoch eine einheitliche, halbstrukturierte Vorgehensweise, die von allen Interviewern eingehalten wurde.

### **7.3 Fazit für die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung**

Es ergeben sich aus vorliegender Untersuchung wesentliche Implikationen für die Evaluation und für das therapeutische Vorgehen im Rahmen von BPS-Behandlungen. Für diese beiden Bereiche werden nun die bereits diskutierten Ergebniskomplexe zusammenfassend resümiert.

#### **7.3.1 Fazit zur Evaluation der Therapieergebnisse im Rahmen der Behandlung von Patienten mit BPS**

Die Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen stellt ein wichtiges Gütekriterium professionellen Handelns dar. Zunehmend wird im Rahmen Qualitätsmanagement in der

Psychotherapie der Patient als kritischer Kunde betrachtet<sup>18</sup>. Die Notwendigkeit, Klienten direkt zu ihrem subjektiv erlebten Benefit im Therapieverlauf zu befragen, zeigt ein metaanalytischer Befund von Lambert et al. (2011). Systematisch wurden der subjektiv erlebte Therapiefortschritt und die Zufriedenheit mit der Therapieallianz der Patienten erfragt und unmittelbar den behandelnden Therapeuten zurück gemeldet. Gerade wenn das Ansprechen auf die Therapie bei einigen Patienten noch unklar war oder es zu Verschlechterungen im Befinden oder der Beziehungsqualität kam, halfen die Rückmeldungen den Therapeuten mit gezielten Techniken positive Entwicklungen zu begünstigen. Im Behandlungsverlauf davon auszugehen, dass Schwierigkeiten stets auch ohne direkte Befragung auffallen würden ist fraglich. Studien belegen einen reduzierten emotionalen Gesichtsausdruck bei BPS-Patienten auf Reize, die positive oder negative Emotionen auslösen (Renneberg et al., 2005, Lobbestael and Arntz, 2010). Diese Defizite haben soziale Konsequenzen, beispielsweise bei der Aufrechterhaltung stabiler Beziehungen (Röpke et al., 2013) und sollten bei dem Aufbau der Therapieallianz berücksichtigt werden. So können systematische und direkte Reflektionen zum Therapiefortschritt und Fragen zur subjektiv erlebten Beziehungsqualität helfen, Schwierigkeiten frühzeitig zu erkennen und entsprechend zu behandeln.

Vorliegende Untersuchung unterstützt damit die Integration sowohl störungsbezogener, standardisierter Erhebungen, als auch die Erfassung individueller Patientenziele, Patientenzufriedenheit (direkte Erfolgskriterien) und die subjektive Einschätzung der Therapieallianz (Prozessmerkmal). In vorliegender Studie zeigten direkt und indirekt erhobene Parameter für Therapieerfolg statistisch signifikante Verbesserungen. Es sind dabei vor allem die direkt erfragten Erfolgskriterien, wie die individuellen Therapieziele und eine allgemeine Therapiezufriedenheit, die Zusammenhänge zur Qualität der Therapieallianz aus Patientensicht aufwiesen. Dagegen standen störungsbezogene, indirekte Erfolgskriterien kaum im Zusammenhang mit Aspekten der Allianz. Eine Metaanalyse von Barnicot et al. (2012) zur Vorhersage von Therapieerfolg in der Behandlung der BPS verweist ebenfalls darauf, dass die Patientensicht auf die Therapieallianz systematisch Therapieerfolgskriterien vorhersagt, jedoch Zusammenhänge gering (Leerer, 1997, Marziali et al., 1999) bis mäßig (Spinhoven et al., 2007, Turner, 2000) oder nicht abbildbar sind (Gunderson et al., 1997). Für

.....

<sup>18</sup> Als Beispiel für das Qualitätsmanagement Psychotherapie (QMPT) sei eine aktuelle Studie zur Entwicklung eines modularen Qualitätssicherungssystems des Zentrums für Testentwicklung und Diagnostik der Universität Fribourg genannt. ([www.unifr.ch/ztd/qmpt/](http://www.unifr.ch/ztd/qmpt/))

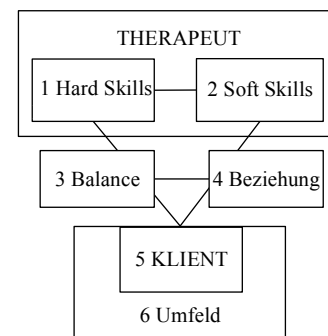
Verlaufsmessungen sollten daher direkte, an der Erfahrungswelt der Patienten orientierte Befragungen Anwendung finden, um im therapeutischen Dialog zu prüfen inwiefern Patienten subjektiv tatsächlich profitieren. Gerade die Befunde zu den Non-Respondern vorliegender Untersuchung verweisen auf die Notwendigkeit, frühzeitig zu prüfen, inwiefern Schwierigkeiten bestehen, individuellen Zielen näher zu kommen. So gaben diese Non-Responder durchgängig bereits früh im Therapieprozess an, kaum Fortschritte für sich wahrzunehmen. Da das Monitoring als Teil der Evaluation anonymisiert unabhängig vom Therapeuten verlief, konnten diese Rückmeldungen in vorliegender Stichprobe nicht gewinnbringend in den Therapieprozess einfließen, wie es in den oben genannten Studien, die Lambert et al. (2010) metaanalytisch untersuchten, der Fall war. Die Befunde sollten Ansporn für Praktiker und Forscher sein, gängige indirekte Erfolgsmaße um direkte Ziel- und Zufriedenheitsfragen im Verlaufe der Therapie zu integrieren und systematisch im Dialog zwischen Therapeut und Patient zu nutzen.

### 7.3.2 Fazit zur Behandlung der BPS

Im Therapieverlauf zeigen sich zahlreiche Wirkvariablen als relevant für die symptombezogenen, wie auch übergreifenden Veränderungen. Es wurden von den Patienten viele verschiedene Strategien als hilfreich erlebt, die vor allem mit BPS-Symptomen assoziiert werden, aber auch darüber hinaus.

Dabei werden sechs bedeutsame Wirkbereiche im Therapieprozess aus Patientenperspektive beschrieben, die in der Behandlung der BPS im ersten Therapiejahr berücksichtigt werden sollten:

1. *Therapeutische Fachkompetenzen* umfassen dabei die Kenntnis konkreter zu vermittelnder *Bewältigungsstrategien*, v.a. *Stresstoleranz*-, *Achtsamkeits*- oder *Emotionsregulationsfertigkeiten*, die auf die Behandlung der Kernsymptomatik der BPS zielen und flexibel an die individuellen Problembereiche der Patienten angepasst werden sollten. In der Vorgehensweise wurden formale wie inhaltliche Strukturierungsstrategien beispielsweise Kontrakte, eine Sitzungsstrukturierung, gemeinsam erarbeitete Problem- und Lösungsanalysen, erlebnis- und emotionsorientierte Techniken und der Gebrauch von Visualisierungstechniken und Metaphern als unterstützend von den Patienten erlebt. Einige der benannten Befunde korrespondieren mit den zusammenfassenden Erkenntnissen zu



Wirkfaktoren in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, wie von Critchfield & Benjamin (2006) zusammengefasst. Hiernach wird eine zwischen Patient und Therapeut vereinbarte zielorientierte Behandlungsstruktur als bedeutsam heraus gestellt. Bei der Vielzahl der als hilfreich benannten störungsspezifischen Fertigkeiten und als unterstützend wahrgenommenen Vermittlungsstrategien stellt sich die Frage, ob jeder Therapeut jede Störung behandeln können sollte, wie im Praxisalltag oft der Fall, scheinen doch profunde, umfassende und spezifische Kenntnisse bei komplexen Störungen wie der BPS von Vorteil. So leiten Crits-Cristoph et al. (1991) aus einer Metaanalyse ab, dass spezifische Erfahrungen mit bestimmten Störungsgruppen vorteilhafter in der Behandlung dieser sind als eine generelle, unspezifischere Therapieerfahrung.

2. *Therapeutische Sozialkompetenzen*, wie ein empathisches Verstehen, Akzeptanz des Patienten und gezielte, eigene Erfahrungen einbeziehende Selbstoffenbarungen des Therapeuten werden von den Patienten vorliegender Untersuchung als subjektiv hilfreich erlebt. Dies korrespondiert ebenfalls mit Aussagen der Task Force der APA, die sich speziell mit evidenzbasierten Befunden innerhalb der Therapiebeziehung beschäftigen (Norcross et al., 2010). Hierbei wird Empathie als Wirkfaktor in einer Metaanalyse als besonders bedeutsam heraus gestellt (Elliott et al., 2010). Empathie ist dabei definiert als „therapist’s sensitive ability and willingness to understand the client’s thoughts, feelings and struggles from the client’s point of view [...] to see completely through the client’s eyes” (Rogers, 1980, zit. ebd.). Ein empathisches Verständnis wird von den in dieser Arbeit befragten Patienten in Verbindung mit einem Verstehen der individuellen und störungsbezogenen Problemlage wahrgenommen. Von Bedeutung ist dieser Befund auch, da bei Menschen mit BPS von einer besonders kritischen, negativ eingefärbten Wahrnehmung und Bewertung sozialer Signale ausgegangen werden kann. Untersuchungen zur Empathie bei BPS-Patienten verweisen auf eine eingeschränkte kognitive und emotionale Empathie dergestalt, dass diese Patienten soziale Interaktionen, vor allem in emotional angespannten Situationen negativer und extremer bewerten und boshafte Absichten unterstellen (zusammenfassend dazu Röpke et al., 2013). Ein empathisches Vorgehen der Therapeuten mit Berücksichtigung dieser möglichen Fehleinschätzungen durch die Patienten sollte hiernach einen expliziten, wenig mehrdeutigen Ausdruck von Gedanken und Gefühlen im Therapieprozess seitens des Therapeuten beinhalten (ebd.). Von den Patienten werden Authentizität, ein emotionales, echtes Engagement, Gelassenheit, aber auch Lebendigkeit, Aktivität und Humor als sehr hilfreich erlebt und als „persönlicher Fingerabdruck“ des Therapeuten bezeichnet. Einige Weiterentwicklungen der Verhaltenstherapie integrieren zunehmend authentische, gezielte



Selbstoffenbarungen als therapeutische Strategie bei Störungen, die ihren Ursprung in der frühen Kindheit oder Jugend haben: „Radikale Echtheit“ bei Linehan, „Diszipliniertes persönliches Einlassen“ bei McCullough innerhalb CBASP (Cognitiv Behavioral Analysis System of Psychotherapy) oder Selbstoffenbarung innerhalb Schematherapie (vgl. Young et al., 2003) sind dafür Beispiele. Die Technik strategischer Selbstoffenbarungen, aber auch die weiteren oben genannten notwendigen Wirkfaktoren auf fachlicher, wie persönlicher Ebene des Therapeuten in der BPS-Behandlung, legen nahe, dass fortlaufende Inter- und Supervision (Critchfield et al., 2006) und Selbsterfahrung des Therapeuten, besonders in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, sinnvolles und notwendiges Qualitätskriterium sein kann und muss (Norcross & Guy, 2010). Die Behandlung der BPS erfordert ein komplexes Zusammenspiel fachlich-technischer wie sozial-emotionaler Fertigkeiten, in steter Abstimmung mit den individuellen Problemlagen der einzelnen Patienten. Da die Behandlung von Menschen mit emotionaler Dysregulation und Hochrisikoverhalten fachlich, wie emotional sehr anstrengend sein kann gelten regelmäßige therapeutische Treffen als Teil des Behandlungskonzeptes und führen zur Verbesserung des Therapieerfolges (Linehan, 1993). Beispielsweise werden in der DBT hierfür strukturierte Empfehlungen für so genannte Consultation Teams, wöchentlich stattfindende Treffen von DBT-Therapeuten, zur gegenseitigen Unterstützung gegeben. Diese Treffen können nachweislich der Entwicklung eines Burnouts vorbeugen helfen (Zahratka, 2010).

Bei 3. *Balancefaktoren* handelt es sich um eine patientenorientierte, im Dialog mit dem Therapeuten vorgenommene *Anpassung von Methoden* indem beispielsweise das Wochenprotokoll an die individuellen Belange des Patienten bedürfnis- und symptomorientiert verändert wird. In der Wahrnehmung der Patienten wird zudem ein wohlwollendes und aktives Aufzeigen von Konsequenzen oder Grenzen eines Problemverhaltens und ein Forcieren der Selbstverantwortung des Patienten als unterstützend wahrgenommen. Die Nennungen innerhalb dieser Kategorie können in Verbindung mit der von Linehan (1993, 2006b) beschriebenen therapeutischen Wippe zwischen den Polen aus Akzeptanz und Veränderung verstanden werden. Eine Balancierung dieser Strategien durch den Therapeuten steht einer entsprechenden Studie zufolge im positiven Zusammenhang mit der Reduktion von Selbstverletzungen (Shearin & Linehan, 1992). Die Patienten vorliegender Studie beschreiben hierbei Erlebnisse im Therapieprozess, bei denen der Therapeut einerseits formale und inhaltliche Strukturen klar vertritt, gleichzeitig aber auch auf den Patienten ausgerichtete Anpassungen von Therapieabsprachen und Aufgaben vornahm („[die

*Therapeutin hat] das strenge enge Regelkorsett [...] ein bisschen lockerer [...] den Gegebenheiten angepasst“).*

Die 4. *Therapiebeziehung* wird als bedeutsamster Wirkfaktor über verschiedene Therapieansätze und Störungen hinweg diskutiert (bspw. Orlinsky et al., 2004, Martin et al., 2000, Castonguay et al., 1996, Norcross, 2002) und ist der einzige bislang evaluierte Prozessfaktor im Rahmen BPS-Behandlung, für den mehr als zwei Studien vorliegen (Barnicot et al., 2012), in denen positive Zusammenhänge zur Verbesserung BPS-relevanter Symptome nachgewiesen werden konnten (Gunderson et al., 1997, Spinhoven et al., 2007, Turner et al., 2000, Leerer, 1997, Marziali et al., 1999).

In vorliegender Untersuchung wird der Faktor Therapieallianz aus Patientensicht geprägt durch die Bewertung der Beziehung zum Therapeuten, wie ihn „zu mögen“, ein „positives Gefühl“ zu haben und sich auf positive Weise mit ihm identifizieren zu können. Die Einschätzung der Beziehungsqualität zu Beginn der Behandlung, vor allem die Übereinstimmung der Patienten mit den Aufgaben und Zielen, die es innerhalb der Therapie zu erreichen galt, prädizierte den Therapieerfolg, vor allem die Zielerreichung und die allgemeine Therapiezufriedenheit nach dem ersten Behandlungsjahr. Dagegen wurde die subjektive Wahrnehmung der Verbundenheit und damit die Einschätzung, inwiefern der Therapeut den Patienten mag und wie sehr beide einander vertrauen geringer aus Patientensicht eingeschätzt und zeigte keinen Zusammenhang zum Therapieoutcome, was nochmals mit den Befunden zur verzerrten, negativ eingefärbten Wahrnehmung und Bewertung sozialer Signale bei Menschen mit BPS (Röpke et al., 2013) begründet werden kann. Insgesamt deuten Studien darauf hin, dass Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung mehr Schwierigkeiten haben, eine gute Therapieallianz zu bilden (zusammenfassend dazu Smith et al., 2006). Systematische Evaluationen der Beziehungsqualität und der subjektiv von den Patienten erlebte Therapiefortschritt wären Möglichkeiten, wie eingangs beschrieben, im gegenseitigen Austausch zwischen Patient und Therapeut Beziehungsbrüche oder Schwierigkeiten beim Aufbau der Therapieallianz bei frühzeitigem Erkennen, positiv zu beeinflussen (Lambert et al., 2011) mit Hilfe der in dieser Arbeit ermittelten therapeutischen *Soft Skills*. Dabei ist zu beachten, dass die Beziehungsebene, nicht nur in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, auch Elemente beinhaltet, die in vorliegender Studie als *Therapeutische Sozialkompetenzen* bereits beschrieben wurden, wie eine Kongruenz des Therapeuten im emotionalen Ausdruck, eine strategische Selbstöffnung, Empathie und ein relativ hohes Aktivitätslevel (Smith et al., 2006). Es soll dabei nochmals daraufhin gewiesen werden, dass die einzelnen Kategorien nicht voneinander trennbar sind, vor allem die Aspekte

therapeutischer Sozialkompetenz und Beziehungsfaktoren werden nicht voneinander getrennt von den Patienten wahrgenommen.

Die 5. *Klientenfaktoren* umschließen Fähigkeiten und Ressourcen der Patienten, das Aktivieren des eigenen Engagements, der eigene Wille und die Bereitschaft zur Veränderung, die es zu entdecken und zu fördern gilt. Dagegen werden subjektiv erlebte „blockierende Gefühle und Zustände“ durchgehend als hinderlich im Therapieprozess erlebt. Somit gilt es in der Therapie der BPS, auch diese „Blockierungen“ zu erkennen und damit zu arbeiten, um Zugang zu den benannten Ressourcen zu bekommen. Im Rahmen DBT-Behandlung geschieht dies beispielsweise, wenn blockierende Gefühle und Zustände in der Therapie biografisch validiert werden und mögliches Therapie schädigendes Verhalten (beispielsweise nicht zur Sitzung erscheinen) in der DBT-Zielhierarchie zunächst bevorzugt behandelt wird, um überhaupt erst Veränderungen ermöglichen zu können. In der Schematherapie werden bspw. über Stuhltechniken hinderliche Anteile erlebbar gemacht und disputiert. Diese therapeutischen Strategien können Möglichkeiten sein, frühzeitig zu intervenieren. In vorliegender Studie kamen einige Nennungen vor, die darauf hinweisen, dass einige wenige Patienten (Non-Responder) diese „Blockierungen“ erlebten und wenig von der Behandlung profitierten.

Das 6. *Umfeld* des einzelnen Patienten stellt ebenfalls einen bedeutsamen Einfluss dar. So erlebten die teilnehmenden Patienten sowohl hilfreiche soziale Unterstützungen als auch die Therapie hemmende Beziehungen. Es ist von Bedeutung diese förderlichen Interaktionen zu bestärken und schädigende Beziehungen frühzeitig zu analysieren und gemeinsam funktionale Lösungen zu generieren, um positive Entwicklungen nicht zu gefährden. Studien zum Einfluss sozialer Unterstützung in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sind noch rar und notwendig (Fernández-Alvarez et al., 2006). Konsistent konnte in einer Metaanalyse ein starker Zusammenhang zwischen erlebter sozialer Unterstützung und Behandlungserfolg festgestellt werden (Beutler et al., 2002). Inwiefern schädigende Beziehungen einen Einfluss auf die Therapie nehmen und welche therapeutische Herangehensweise einen positiven Einfluss nehmen kann ist noch ungeklärt. Vorliegende Studie konnte feststellen, dass ein bedeutsamer, negativer Einfluss auf den Therapiefortschritt durch bestehende dysfunktionale Beziehungen von den Patienten wahrgenommen wurde.

Zusammenfassend lässt sich für die Behandlung der BPS festhalten, dass übergreifende Wirkvariablen, wie Empathie, Echtheit und Verständnis für die Patienten ergänzt werden

durch störungsbezogene Strategien, die auf die BPS-Problematik abzielen. Vorteilhaft ist dabei die Kenntnis vieler unterschiedlicher Lösungsmöglichkeiten für spezifische BPS-Symptome die auf die individuellen Problemstellungen des Patienten angepasst vermittelt werden.

Es lassen sich damit ein Höchstmaß an Flexibilität in der Anwendung von verschiedensten Strategien, eine hohe Anpassungsfähigkeit an die individuellen Belange des Patienten auf Basis ausgeprägten empathischen Verständnisses, und ein besonders persönliches und emotionales Engagement als bedeutsam für die Patienten heraus stellen.

## **7.4 Ausblick**

Es wäre in weiteren Arbeiten von Interesse zu beforschen, welche Bedeutung und Prädiktionskraft die Therapeuten- oder Beobachterperspektive für das Therapie-Outcome hat. Auch inwiefern die verschiedenen Perspektiven in Übereinstimmung stehen, ist von Interesse, um in der Evaluation gezielt diejenigen Untersuchungszugänge stärker zu nutzen, die im Zusammenhang mit dem Therapieerfolg stehen.

Es soll nochmals betont werden, dass vorliegende Untersuchung lediglich auf Wirkmechanismen aus Patientensicht im ersten Therapiejahr verweist. Es wäre ebenfalls von Interesse die Wirkmechanismen aus Expertensicht zu untersuchen, beispielsweise durch die Analyse der Therapievideos und Einschätzung der Adhärenz, als ergänzender Erkenntnisgewinn, wie von Steffens et al. vorgenommen (in press.).

Inwiefern auch im weiteren Verlauf die Patienten von DBT-orientierter Behandlung profitieren kann nicht gesagt werden. Die Patientenberichte verweisen auf Veränderungen in der subjektiven Bedeutung der Wirkfaktoren im Therapieverlauf. So nimmt die Bedeutung der Therapieallianz bei einigen Klienten aus subjektiver Sicht im Verlauf ab, während die Klientenaspekte, wie das Verbessern eigener Problemlösungsfertigkeiten und der Zugang zu eigenen Ressourcen in der Bedeutung zunehmen. Es ist von Interesse zu beforschen, welche Wirkfaktoren im Langzeitverlauf als bedeutsam und welche Strategien als hilfreich erlebt werden bei weiteren Veränderungsschritten.

Vorliegende Studie kann auch keinen Aufschluss darüber geben, inwiefern nicht auch andere Therapieansätze in der Behandlung der BPS ähnliche Erfolge aufweisen würden, da kein Kontrollgruppendesign vorlag. Die systematische Untersuchung von Wirkmechanismen in anderen Ansätzen zur Behandlung der BPS würde einen weiteren bedeutsamen Beitrag leisten zum Verständnis was positive Veränderungen im Therapieverlauf begünstigt.

## 8. Literaturverzeichnis

- Aitken, R.C.B. (1969). Measurement of Feelings Using Visual Analogue Scales. Proceedings of the Royal Society of Medicine. Volume 62, 989-993.
- Ambühl, H. & Orlinsky, D., & SPR Collaborative Research Network (1997). Zum Einfluß der theoretischen Orientierung auf die psychotherapeutische Praxis. *Psychotherapeut*, 42 (5), 290-298.
- Ambühl, H. & Strauß, B. (1999a). Therapieziele - Ein "dunkles Kapitel" in der Psychotherapieforschung? In H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe, 7-14.
- Ambühl, H. & Strauß, B. (Hrsg.) (1999b). *Therapieziele*. Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn), DSM-IV*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. Band 36. Dgvt Verlag
- American Psychological Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the personality disorder belief questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1215-25.
- Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) (2003). *Leitlinien-Clearingbericht „Depression“*. Schriftenreihe 12. Niebüll: Videll.
- Asay, T.P. & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Hrsg.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, S.33-56.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S., Priebe, S. (2010). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010, 1-12. John Wiley & Sons.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N. Savill, M., Fearn, N., Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review, *Clinical Psychology Review*, 32, 400–412.

- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2000). Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 177, 138-143.
- Bateman, A.W., Fonagy, P. (2006). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*, Oxford University Press.
- Berking, M. (2004a). *Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation*. Unveröffentlichte Dissertation, Georg-August-Universität, Göttingen.
- Berking, M., Dreesen, J. & Jacobi, C. (2004b). Was wollen Patienten wann und wo erreichen? Die Veränderungen von Therapiezielen während und nach einer stationären Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 14 (4), 2-9.
- Berking, M., Grosse Holtforth, M., Jacobi, C. & Kröner-Herwig, B. (2004c). Sage mir Deine Diagnose, und ich sage Dir, was Du willst: Inwieweit sind Therapieziele störungstypisch? *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 52(3), 223-236.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style: Patient moderators of therapeutic relationships. In Norcross, J.C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 145-170). New York: Oxford University Press.
- Blatt, S.J., Shahar, G., & Zuroff, D.C. (2002). Anacritic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. In: Norcross, J.C. (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 315-333). New York: Oxford University Press.
- Bohart, A.C., Tallman, K. (1996). The Active Client: Therapy as Self-Help. *Journal of Humanistic Psychology*, 36, 7-26.
- Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8, 141-147.
- Bohart, A.C., Elliott, R., Greenberg, L., & Watson, J. (2002). Empathy. In Norcross, J. et al. (Eds.), *Psychotherapy relationships that work*. New York: Oxford.
- Bohart, A.C., Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor in psychotherapy. In: Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A (Eds.). *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*, Second Edition,. American Psychological Association.
- Bohart, A.C. (2012). The heroic client: How Clients Make Therapy Work. In: <http://pccbrighton.editme.com/The-heroic-client-Bohart>. Zugriff: 5.6.2012.

- Bohart, A.C., Tallman, K. (1999). How clients make therapy work: The process of active self-healing. Washington, DC, American Psychological Association.
- Bohus, M., Wolf, M. (2009). Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Manual zur CD-ROM für die therapeutische Arbeit. Schattauer.
- Bohus, M. (2002). Borderline- Störungen. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Bohus, M. (2009b). Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Margraf, J. & Schneider, S. (Hrsg.). Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 2, S.532-559. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bohus, M., Höschel, K. (2006). Psychopathologie und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeut 4, 51, 261-270.
- Bohus, M., & Kröger, C. (2011). Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Nervenarzt, 82 (1), 16-24.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Chapman, A., Kühler, T., Stieglitz, R.D. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). Psychopathology, 40, 126-132.
- Bohus, M., Schmahl, C. (2007). Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Nervenarzt 9, 78, 1069-1081.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. 5. Auflage. Springer.
- Bortz, J., Döring, N. (2003). Forschungsmethoden und Evaluation. 3. Auflage. Springer.
- Brockmann, J., Schlueter, T. & Eckert, J. (2003). Therapieziele, Zieländerungen und Zielerreichung im Verlauf psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapie. PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 53 (3/4), 163-170.
- Bühl, A. (2010). PASW 18. Einführung in die moderne Datenanalyse. 12., aktualisierte Auflage. Pearson.
- Burckell, L.A., McMain, S. (2011). Contrasting Clients in Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: “Marie” and “Dean”. Two Cases with Different Alliance Trajectories & Outcomes. Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, Volume 7, Module 2, Article 2, pp. 246-267.
- Burgmer, M., Jessen, F., Freyberger, H.J. (2000). Polythetic diagnostic approach to the borderline personality disorder. The valency of the single criterion in the concept of professional therapists. Psychopathology. 33(3), 119-24.

- Burzan, N. (2010). Zur Debatte um die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Sozialforschung. In: Honer, A., Meuser, M., Pfadenhauer, M. (Hrsg.). *Fragile Sozialität. Inszenierungen, Sinnwelten, Existenzbastler* (Festschrift für Ronald Hitzler); Wiesbaden: VS 2010, S. 93-102.
- Busseri, M.A., & Tyler, J.D. (2004). Client-therapist agreement on target problems, working alliance, and counseling outcome. *Psychotherapy Research*, 14: 77-88.
- Caspar, F. (1999). Therapieziele zu Anfang von Psychotherapien. In: Ambühl, H. & Strauß, B. (Hrsg.), *Therapieziele* (S. 55–74). Göttingen: Hogrefe.
- Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (Hrsg.), (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford, University Press.
- Castonguay, L.G., Grosse Holtforth, M. (2005). Change in Psychotherapy: A Plea for No More “Nonspecific” and False Dichotomies. *Clinical Psychology Science and Practice*, 12, 198–201.
- Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J., & Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 497-504.
- Chambless, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7-18.
- Chambless, D. L. (2002). Beware the Dodo Bird: The Dangers of Overgeneralization. In: *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 13-16.
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H. et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The clinical Psychologist* (51), 13-16.
- Chapman, A.L. & Linehan, M.M. (2005). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. In: Zanarini, M. (Ed.) *Borderline Personality Disorder*. Boca Raton: Taylor & Francis.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2001). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP)*. Schattauer.
- Cohen, J. (1960). A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2. Auflage, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comtois, K. & Linehan, M.M. (1994). *Lifetime Parasuicide Count (LPC)*. University of Washington, Seattle.



- Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (1999). Lifetime parasuicide count: description and psychometrics. Paper presented at the American Association of Suicidology Annual Conference. Houston TX.
- Comtois K.A., Bryan N.C., Linehan M.M. (2000). Die verhaltenstherapeutische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: Kernberg, O.F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Schattauer, Stuttgart.
- Constantino, M., Castonguay, L. & Schut, A. (2002). The working alliance: A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. In: Tryon, G. S. (Ed.), Counseling based on process research: Applying what we know (pp. 81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Coons, P. M., Milstein, V. (1990). Self-mutilation associated with dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3, 2, 81-87.
- Critchfield, K.L., Smith Benjamin, L. (2006). Integration of Therapeutic Factors in Treating Personality Disorders. In: Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (Hrsg.), (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford, University Press.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Durcias, J.S., Beck, A.T., Carrol, K., Perry, K., Luborsky, L., McLelan, A.T., Woody, G.E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Metaanalysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.
- Crits-Christoph, P. (1998). Psychosocial treatments for personality disorders. In: Nathan, P.E. und Gorman, J.M. (eds.). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press, 544-553.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cunningham, K., Wolbert, R., & Lillie, B. (2004). It's about me solving my problems: clients' assessments of Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice* 11, 248-256.
- Dams, A. (2004). Evaluation eines Therapieangebots für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Dams, A., Schommer, N., Röpke, S., Häuser, I., Lammers, C.-H. (2006). Das Skilltraining und die poststationäre Effektivität der stationären Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) nach 6 Monaten. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 57, 19-24, Stuttgart: Thieme.
- Davison, G. C., Neale, J. M. & Hautzinger, M. (Hrsg.). (2002). *Klinische Psychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz.

- Derogatis, R. & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: An introductory report. *Psychological medicine*, 13 (3), 595-605.
- Derogatis, R. (2000). Brief Symptom Inventory. Kurzform der SCL-90-R (deutsche Version). Göttingen: Beltz Test.
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301-321.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2009). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. Reihe: S2-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Bd.1. Steinkopff, Heidelberg.
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D., Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 253-279.
- Doering, S., Stoffers, J., Lieb, K. (2011). Psychotherapieforschungsanalyse. In: Handbuch der Borderline-Störungen. Hrsg: Dulz, Herpertz, Kernberg, Sachsse, 2. Auflage.
- Dougherty, D.M., Mathias, C.W., Marsh-Richard, D.M. Prevetie, K.N., Dawes, M.A., Hatzis, E.S., Palmes, G. & Nouvion, S.O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, 169, 1, 22-27.
- Duncan, G.H., Bushnell, M.C., Gilles, J.L. (1989). Comparison of verbal and visual analogue scales for measuring the intensity and unpleasantness of experimental pain. *Pain*, Volume 37, Issue 3, 295-303.
- Duncan, B.L., Wampold, B.E., Miller, S.D. (2010). *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Eckert, J., Dulz, B., Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271-285.
- Eid, M., Gollwitzer, M. & Schmitt, M. (2010). *Statistik und Forschungsmethoden*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Eiteljörge, K. (2011). Selbstverletzendes Verhalten bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Befunde aus einer ambulanten Dialektisch Behavioralen Therapie im Rahmen der Berliner Borderline Versorgungsstudie. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Freie Universität Berlin.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative Change Process Research on Psychotherapy: Alternative Strategies. In Frommer, J. and Rennie, D. (Eds.). *The*

- Methodology of Qualitative Psychotherapy Research. Lengerich: Germany: Pabst Science Publishers.
- Elliott, R., Bohart, A.C., Watson, J.C., & Greenberg, L.S. (2011). Empathy. In: Norcross, J.C. (eds.) *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Endtner, K. (2006). *Emotionsregulation von Frauen mit Borderlinestörung*. Dissertation. Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern.
- Fernández-Alvarez, H., Clarkin, J.F., Salgueiro, M.d.C., Critchfield, K.L. (2006). Participant Factors in Treating Personality Disorders. In: *Principles of therapeutic change that work*. Edited by Castonguay, L.G., Beutler, L.E.. Oxford University Press.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 16 (5), 319-324.
- Faller, H. & Gößler, S. (1998). Probleme und Ziele von Psychotherapiepatienten. Eine qualitativ-inhaltsanalytische Untersuchung der Patientenangaben beim Erstgespräch. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48 (5), 176-186.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. Third Edition. Sage.
- Fischer, P. (2007). *Das Image der Psychotherapie*. Dissertation. Zugriff: [oops.uni-oldenburg.de/20/1/fisima07.pdf](https://oops.uni-oldenburg.de/20/1/fisima07.pdf).
- Fishman, D.B. (2011). The „Individual-Case-Comparison“. Method for Systematically Comparing Good-Outcome and Poor-Outcome RCT Clients: Editor's Introduction. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, Volume 7, Module 2, Article 1, pp. 242-245, 6.5.2011.
- Fleischer, M. & Herpertz, S.C. (2009). Phänomenologie und Epidemiologie selbstverletzenden Verhaltens. In: Schmahl, C. & Stiglmayr, C. (Hrsg.). *Selbstverletzendes Verhalten bei stressassoziierten Erkrankungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Fleischhaker, C., Munz M., Böhme, R., Sixt, B., & Schulz, E. (2006). Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) - Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizidalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 1, 15-27.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York: Wiley.
- Flick, U. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*, 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg.

- Fliegel, S., Kämmerer, A. (2007). Psychotherapeutische Schätze. 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis. Dgvt.
- Flynn, D., van Schaik, P., & van Wersh, A. (2004). A Comparison of Multi-Item Likert and Visual Analogue Scales for the Assessment of Transactionally Defined Coping Function. *European Journal of Psychological Assessment*, 20, 49-58.
- Frank, J.D. (1961). Persuasion and healing (2nd edition ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In: Harvey, J.H. & Parks, M.M. (Eds.). The master lecture series (Vol.1): Psychotherapy research and behaviour change. Washington, DC: American Psychological Association.
- Frank, R. (2007). Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Franke, G. H. (2002). Brief Symptom Inventory (BSI). Göttingen: Beltz.
- Franke, G. H. & Derogatis, L. R. (1995). SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis: deutsche Version. Göttingen: Beltz Test.
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung. GW Bd. 8, S.453-478.
- Friedrich, J., Gunia, H. & Huppertz, M. (2003). Evaluation eines ambulanten Netzwerks für Dialektisch Behaviorale Therapie. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 24 (3), 289-306.
- Funke, F. (2004). Vergleich visueller Analogskalen mit Kategorienskalen in Offline- und Onlinedesign. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Fydrich, T. (2008). *Ärzteblatt*, Ausgabe Januar 2008, Seite 18, <http://www.aerzteblatt.de/archiv/58540/Das-Gespraech-mit-Prof-Dr-Thomas-Fydrich-Psychotherapieforscher-Der-Erfolg-von-Psychotherapie-ist-messbar> (22.04.2013).
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., Wittchen, H.U. (1997). SKID II. Strukturieres Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II. Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S. & König, J. (1996a). Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 56-90). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C., & Bodem, M. (1996b). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörung. In Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S.91-113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

- Fydrich, T., Schneider, W. (2007). Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 52, 55-68, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Garfield, S.L. (1994). Eclecticism and integration in psychotherapy: Developments and issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 123-137.
- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006). General Change Mechanisms: The Relation Between Problem Activation and Resource Activation in Successful and Unsuccessful Therapeutic Interactions. *Journal of Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(1), 1-11.
- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., & von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), 28-36.
- Gerhards, C. (2008). Therapieziele und Therapieerfolg. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, C.D., van Asselt, T., Kremers, M.N., Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: a randomized trial of Schema focused therapy versus Transference focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 63, No.6, 649-658.
- Ginzburg, D., Bohn, C., Schreiber, F., Stangier, U. (2011). Die Wirkung von Therapeutenmerkmalen auf die therapeutische Allegiance. Poster auf dem 7. Workshop Kongress Berlin, 2011.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D. et al. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (4), 533-545.
- Graßmuck, L. (2011). Die Bedeutung der therapeutischen Beziehung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.
- Grawe K (1988b) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie* 17, 4-5.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 292-376.
- Grawe K, Donati R, Bernauer F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe - Verlag für Psychologie, Göttingen.
- Grawe, 1992. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.

- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.
- Grawe, K. (1997). Research-informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research* 7(1), 1-19.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005 a). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K. (2005 b). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. In: *Report Psychologie*, 7/8, S.311.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel- Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1992). Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162. Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotionsfokussierte Therapie*. Verlag Reinhardt.
- Greenhalgh, T. (1999). Narrative based medicine in an evidence based world. *British Medical Journal*, 318. <http://www.bmj.com> (30.1.1999).
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(2), 155-179.
- Gregory, R., Chlebowski, S., Kang, D. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 1, 28-41.
- Grosse Holtforth, M. (2001). Was möchten Patienten ihrer Therapie erreichen? Die Erfassung Therapiezielen mit dem Berner Inventar für Therapieziele (BIT). *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 33, 241–258.
- Grosse Holtforth, M. & Grawe, K. (2002). Bern Inventory of Treatment Goals (BIT), Part 1: Development and First Application of Taxonomy of Treatment Goal Themes (BIT-T). *Psychotherapy Research*, 12 (1), 79-99.
- Grosse Holtforth, M., Reubi, I., Ruckstuhl, L., Berking, M., & Grawe, K. (2004). The value of treatment goals in the outcome evaluation of psychiatric inpatients. *International Journal of Social Psychiatry*, 50 (1), 80-91.
- Grosse Holtforth, M., Wyss, T., Schulte, D., Trachsel, M., & Michalak, J. (2009). Some like it specific: the difference between treatment goals of anxious and depressed patients. *Psychology and Psychotherapy*, 82 (3), 279-290.
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, D.C., American Psychiatric Press.

- Gunderson, J. G., Najavits, L. M., Leonhard, C., Sullivan, C. N., & Sabo, A. N. (1997). Ontogeny of the therapeutic alliance in borderline patients. *Psychotherapy Research*, 7(3), 301–309.
- Gunia, H., Huppertz, M. (2007). Das Darmstädter Modell. Psychotherapie von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in einem ambulanten Netzwerk. *Psychotherapie im Dialog* 4, 8. Jahrgang.
- Hahlweg, K. (2000). Qualitätsmanagement in der ambulanten Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Hall, J., Olabi, B., Lawrie, S.M., McIntosh, A.M. (2010). Hippocampal and amygdala volumes in borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Personality and Mental Health* 4, 172–179.
- Hannöver, W., Dogs, C.P., Kordy, H. (2000). Patientenzufriedenheit- ein Maß für Behandlungserfolg. *Psychotherapeut* 2000, 45, 292–300.
- Hartmann, A., Herzog, T. & Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of Bulimia Nervosa: What is Effective? A Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (2), 159-167.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). Beck-Depressions-Inventar (BDI). Bern: Huber.
- Heitjan, D.F. (1997). Annotation: What can be done about missing data? Approaches to imputation. *American Journal of Public Health*, 87, 548-549.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behavior: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68.
- Herrnleben-Kurz, S. (2010). Individuelle Therapieziele von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im ambulanten Setting. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Humboldt Universität, Berlin.
- Hild, S. (2012). Individuelle Patientenziele und Therapieerfolg innerhalb ambulanter Dialektisch-Behavioraler Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.
- Hodgetts, A., Wright, J. (2007). Researching Clients' Experiences: A Review of Qualitative Studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1986). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.

- Höschel, K., Bohus, M. (2007). Weiterentwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Borderline-Therapie. *Psychotherapie im Dialog*; 2007; 4, 328-334.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (2006). *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.
- IBM SPSS Statistics 20. Core-System-Benutzerhandbuch (2011). [ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/de/client/Manuals/IBM\\_SPSS\\_Statistics\\_Core\\_System\\_Users\\_Guide.pdf](ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/de/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Core_System_Users_Guide.pdf).
- Jacobson, C.M., Muehlenkamp, J.J., Miller, A.L. & Turner, J.B. (2008). Psychiatric Impairment Among Adolescent engaging in different Types of Deliberate Self-Harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 2, 363-375.
- Jacobson, N.S., Tuax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1, 12-19.
- Jaeggi, E. (2011). Ohne Mut des Therapeuten kein Erfolg. Vortrag im Rahmen des 8. Hamburger Symposiums Persönlichkeitsstörungen „Von Mut und Demut“. September 2011.
- Johansson, H., Eklung, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric outpatient care. *Social Psychiatry Epidemiology*, 41, 140-147.
- Johnson, W. R., Prestopnik, J. L., & Meyers, R. J. (2003). Working Alliance Inventory: What does it predict? Unpublished Poster, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA). [http://casaa.unm.edu/posters/Working%20Alliance%20Inventory%20\\_%20What%20does%20it%20predict.pdf](http://casaa.unm.edu/posters/Working%20Alliance%20Inventory%20_%20What%20does%20it%20predict.pdf) 6.12.2012
- Kächele, H. (2005). Korrigierende emotionale Erfahrungen – ein Lehr- und Lernprozess. Plenarvortrag am 13. April 2005, im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005 ([www.Lptw.de](http://www.Lptw.de)).
- Kächele, H. (2009). Psychoanalytische Prozesse. Methodische Illustrationen und methodologische Reflexionen. Dissertation. [http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10558/1/Kaechele\\_Horst.pdf](http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10558/1/Kaechele_Horst.pdf) (22.4.2013).
- Kächele, H., Richter, R. (2008). Studententherapeut – ein neues Qualitätsmerkmal? *Psychotherapeutenjournal*, 7, 241-243.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie - Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (Band 4)*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.



- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S.G., & Miller, A.L. (2004). Feasibility of Dialectical Behavior Therapy for Suicidal Adolescent Inpatients, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 3, 276-282.
- Kazdin, A.E. (1986). Comparative outcome studies of psychotherapy: Methodological issues and strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 95-105.
- Kelle, U. (2007): Die Integration qualitativer und quantitativer empirischer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15 (3), 641-685.
- Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (1994). Goal Attainment Scaling: Applications, Theory, and Measurement. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: a concept whose time has come. *Educational Psychological Measures*, 56 (5), 746–759.
- Kivlighan, D.M., Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, Vol 47(3), Jul 2000, 362-371.
- Klappheck, M.-A. & Michalak, J. (2009). Patientenziele und Therapieerfolg. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 38 (1), 24-33.
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M.F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U.W., Chapman, A.L., Reicherzer, M., Stieglitz, R.D. & Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 230-236.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kossfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Klonsky, E.D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E.D. (2011). Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12, [http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/bpd\\_dbt.html](http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/bpd_dbt.html).
- Koban, C. & Willutzki, U. (2001). Die Entwicklung positiver Perspektiven in der Psychotherapie: Die Interventionsmethode EPOS. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 33 (2), 225-241.

- Koons, C. R., Robins C.J., Tweed J.L., Lynch T.R., Gonzalez A.M., Morse J.Q., Bishop G.K., Butterfield M.I. & Bastian L.A. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in Women Veterans With Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Kottje-Birnbacher, L. & Birnbacher, D. (1999). Ethische Aspekte bei der Setzung von Therapiezielen. In: H. Ambühl & B. Strauß (Hrsg.). *Therapieziele* (S. 15-31). Göttingen: Hogrefe.
- Kossak, H.C. (2007). Sinnvolle Werte und Lebensziele entwickeln. Psychotherapie mit kognitiv-behavioralen Methoden der Imagination und Hypnose. In: Frank, R. (Hrsg.), *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie* (S. 164-172). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Krauth, J. (1983). Bewertung der Änderungssensitivität von Items. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 4, 7-28.
- Kröger, C.B. (2006). Borderline-Störung. Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat. Hogrefe.
- Kröger, C. & Kosfelder, J. (2007). Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (1), 11-17.
- Kröger, C. (2002). Komorbidität und Prädiktoren für den Therapieerfolg bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dissertation, Universität Bamberg.
- Lambert, M.J. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross, J.C. (Hrsg.) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. University Press, Oxford, 17-32.
- Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Fifth Edition. Wiley.
- Lambert, M.J., Bergin, A.E., Garfield, S.L. (2004). Introduction and Historical Overview. In: Lambert, M.J. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, 5. Auflage, 3-15.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., Bergin, A.E. (2004). Overview, Trends, and Future Issues. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5. Auflage. Wiley.
- Lambert, M.J., Garfield, S.L., Bergin, A.E. (2004). Overview, Trends, and Future Issues. In: Lambert, M.J. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, 5. Auflage, 805-821.

- Lambert, M.J., Okiishi, J.C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology Science and Practice*, 4, 66-75.
- Lambert, M.J., Shimokawa, K. (2011). Collecting Client Feedback. *Psychotherapy*, 48 (1), 72-79
- Landis, J.R., Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. In: *Biometrics*, 33, 159-174.
- Leerer, C.G. (1997). Outcomes of inpatient cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. *Dissertation Abstracts International B: Science and Engineering*, 58, 4B.
- Lehrl, S. (2005). *Manual zum MWT-B (Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest)*. 5. Auflage, Balingen: Spitta-Verlag.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, J.S., Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Levine, D., Marziali, E., Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (4), 240-246.
- Levitt, H.M., & Rennie, D.L. (2004). Narrative activity: Clients' and therapists' intentions in the process of narration. In: Angus, L.E. (Eds.). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (S. 299-313). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lewis, A. B., Spencer, J. H., Haas, G. L. & DiVittis, A. (1987). Goal Attainment Scaling. Relevance and Replicability in Follow-up of Inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (1), 408-418.
- Leykin, Y. & DeRubeis, R. J. (2009). Allegiance in Psychotherapy Outcome Research: Separating Association From Bias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16 (1), 54-65.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364 (9432), 453-461.
- Liebowitz, M.R. (1979). Is Borderline a Distinct Entity? *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 5, No.1.
- Lindsay, M., Crino, R. & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 171 (2), 135-139.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitiv-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch- Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP- Medien.

- Linehan, M.M. (1996b). Trainingsmanual zur Dialektisch- Behavioralen Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. München: CIP- Medien.
- Linehan, M.M. (2006b). Dialektisch- Behaviorale Therapie der Borderline- Persönlichkeitsstörung. München: CIP- Medien, 2. Auflage.
- Linehan, M.M. (2010). Dialektisch Behaviorale Therapie- State of the Art. Plenarvortrag auf dem 1st International Congress on Borderline Personality Disorder. Berlin, 01.-03.07.2010.
- Linehan, M.M. (2011). Expert on mental illness reveals her own fight. Interview, geführt von Carey, B. veröffentlicht in der New York Times, 23. Juni 2011.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L., Korslund, K.E., Tutek, D.A., Reynolds, S.K., Lindenboim, N. (2006a). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs. Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, Vol 63, 757-766.
- Linehan, M.M., Davison, G.C., Lynch, T.R., Sandersan, C. (2006c). Technique Factors in Treating Personality Disorders. In: *Principles of Therapeutic Change That Work*. Edited by Castonguay, L.G., Beutler, L.E., Oxford University Press.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., Vernon, P., A. (1998). Phenotypic and Genetic Structure of Traits Delineating Personality Disorder.
- Little, S. E. (2009). The Therapeutic Relationship in Dialectical Behavior Therapy: A Longitudinal Investigation in a Naturalistic Setting. Unpublished Dissertation, Marquette University, Milwaukee, WI.
- Lobbestael, J. and Arntz, A. (2010). Emotional, cognitive and physiological correlates of abuse-related stress in borderline and antisocial personality disorder. *Behavior Research and Therapy* 48, 116–124.
- Luborsky, L., Singer, B. (1975). Is it true that everyone has won and all must have prizes? *Archives of General Psychology* 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Krause, E.D., Johnson, S. , et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 6, 95-106.
- Ludäscher, P., Greffrath, W., Schmahl, C., Kleindienst, N., Kraus, A., Baumgärtner, U., Magerl, W., Treede, R.D. & Bohus, M. (2009). A cross-sectional investigation of

- discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 62-70.
- Lynch T.R., Chapman A.I., Rosenthal M.Z., Kuo J.R. & Linehan M.M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Maier, W., Lichtermann, D., Klingler, T., Heun, R. (1992). Prevalences of personality disorders (DSM-III-R) in the community. *Journal of Personality Disorders* 6, 187-196.
- Marmar, C.R., Gaston, L., Gallagher, D. & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (8), 464-472.
- Martens, W.H.J. (2005) Therapy on the borderline: effectiveness of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Annals of the American Psychotherapy Association*.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Marziali, E., Munroe-Blum, H., & McCleary, L. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 9(4), 424-436.
- Mayring, P. & Brunner, E. (2006). Qualitative Textanalyse- Qualitative Inhaltsanalyse. In Flaker, V. & Schmid, T. (Hrsg.) *Von der Idee zur Forschungsarbeit, Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft* (S.453-462). Wien: Böhlau.
- Mayring, P. (1996). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken (3. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (7. Auflage, erste Auflage 1983). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Mayring, P. (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010162> (22.04.2013).
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2007a). Generalisierung in qualitativer Forschung [23 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(3), Art. 26, <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-07/07-3-26-d.htm> (22.04.2013).

- Mayring, P. (2007b). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 9. Auflage. Beltz.
- Mayring, P. (2007c). *Mixing Qualitative and Quantitative Methods*. In: Mayrin, P., Huber, G.L., Gürtler, L., and Kiegelmann, M. (Eds.). *Mixed Methodology in Psychological Research*, Sense Publishers.
- Mayring, P. (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Mey, G., Mruck, K. (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer.
- Mayring, P. (2012). *Qualitative Inhaltsanalyse- ein Beispiel für Mixed Methods*. In: Gläser-Zirkuda et al. (Hrsg.) *Mixed Methods in der empirischen Bildungsforschung*. Waxmann.
- McMain, S., Korman, L.M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- McMain, S., Links, P.S., Gnam, W.H., Guimond, T., Cardish, R.J., Korman, L., Streiner, D.L. (2009). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen*. Ulmer Textbank. Zugriff: [www.jakob.uzh.ch/docs/Transkript-mergenth.pdf](http://www.jakob.uzh.ch/docs/Transkript-mergenth.pdf) (21.08.2012).
- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 19 (4), 287-291.
- Meyer F., Schulte, D. (2002). Zur Validität der Beurteilung des Therapieerfolgs durch Therapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31 (1), 53–61.
- Michalak, J., Kosfelder, J., Meyer, F., Schulte, D. (2003). Messung des Therapieerfolgs. Veränderungsmaße oder retrospektive Erfolgsbeurteilung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32 (2), 94-103, Hogrefe.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M.A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., Duncan, B.L. (1999). *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Möller-Leimkühler, A.M., Dunkel, R. (2003). Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. *Nervenarzt* 74, 40-47.
- Mulder, R. (2009). Editorial: Is borderline personality disorder really a personality disorder? *Personality and Mental Health* 3, 85.

- Murphy, D.F., McDonald, A., Power, C., Unwin, A. & MacSullivan, R. (1988). Measurement of pain: a comparison of the visual analogue with a non-visual analogue scale. *Clinical Journal of Pain* 3, 197-199.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2010). *Mplus - Statistical Analysis With Latent Variables* (Version 6.11). [Computer Software]. Los Angeles, CA, Muthén & Muthén.
- National Institute for Health & Clinical Excellence (NICE). (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. National Clinical Practice Guideline Number 78. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Nitkowski, D. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten in der klinischen Diagnostik*. Dissertation, Universität Bremen. <http://d-nb.info/999446207/34>.
- Nock, M.K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 15, 1-25.
- Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C. (2006). Foreword in *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Hrsg.) *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Norcross, J.C., Karg, R.S., Prochaska, J.O. (1997). Clinical psychologists in the 90's: Part 1. *The Clinical Psychologist*, 50 (2), 4-9.
- Norcross, J.C., Guy, J.D. (2010). *Lassen Sie es in Ihrer Praxis. Wie Psychotherapeuten für sich selbst sorgen können*. Huber.
- Norcross, J.C., Krebs, P.M., Prochaska, J.O. (2011). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 143-154.
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L., & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Oldham, J.M. (2005). *Guideline Watch: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*. [Focus.psychiatryonline.org](http://focus.psychiatryonline.org). Summer 2005, Vol. iII, No.3.
- Oldham, J.M. (2006). *Borderline Personality Disorder and Suicidality*. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1, 20-26.
- Oldham, J.M., Morris, L.B. (2010). *Ihr Persönlichkeitsportrait. Warum Sie genauso denken, lieben und sich verhalten, wie Sie es tun*. 6. überarbeitete Auflage. Klotz GmbH.
- Olejnik, S. & Algina, J. (2003). Generalized Eta and Omega Squared Statistics: Measures of Effect Size for Some Common Research Designs. *Psychological Methods*, 8 (4), 434-447.

- Orlinsky, D.E., Howard, K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*. Vol. 6(1), 6-27.
- Orlinsky, D.E. (1994 a). Learning from many masters. In: Petzold, H. et al. (eds.). *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Springer.
- Orlinsky, D.E. (2010). Vorwort in: *The Heart & Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*. Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., Hubble, M.A. (Hrsg.). *The Heart & Soul of Change*. Second Edition.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., Parks, B.K. (1994 b). Process and Outcome in Psychotherapy- Noch Einmal. In: Lambert, M.J. (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons, 5. Auflage, 805-821.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process- Outcome Research: Continuity and Change. In: Lambert, M.J. (Hrsg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 5. Auflage. John Wiley & Sons, New York NY 2004, ISBN 0-471-37755-4, S. 316 ff.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process- Outcome Research: Continuity and Change (S.307-389). In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Fifth Edition.
- Öst, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.
- Päpke, H. (2010). Die therapeutische Beziehung bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb Dialektisch-Behavioraler Therapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of Patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 6, 482-487.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorders. *Psychiatric Services*, Vol.53 (6), 738-742.
- Paris, J., Silk, K.R., Gunderson, J., Links, P.S., Zanarini, M. (2009). The case for retaining borderline personality disorder as a psychiatric diagnosis. *Personality and Mental Health* 3, 96-100.
- Perseus, K.I., Öjehagen, A., Ekdahl, Asberg, M., Samuelsson, M. (2003). Treatment of Suicidal and Deliberate Self-Harming Patients with Borderline Personality Disorder using Dialectical Behavioral Therapy: The Patients' and the Therapists' Perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XVII, No. 5, 218-227.
- Petermann, F. & Winkel, S. (2009). *Selbstverletzendes Verhalten*, Hogrefe: Göttingen.



- Pinsof, W.M., Wynne, L.C. (1995). The effectiveness and efficacy of marital and family therapy: Introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy* 21, 341–343.
- Preißler, S. (2012). Empathie und deren neuronale Korrelate bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dissertation an der Humboldt Universität, Berlin.
- Rathod, S. & La Bruna, A. (2005). Questionnaire length and fatigue. Does size really matter? Worldwide Panel Research Conference 2005. ESOMAR Research Papers
- Renneberg, B., Schmitz, B., Doering, S., Herpertz, S., Bohus, M. (2010). Behandlungsleitlinie Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 4.
- Renneberg, B. & Seehausen, A. (2010). Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen (FGG): Ein Screening Instrument für Borderline-spezifisches Denken. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 170-178.
- Renneberg, B., Heidenreich, T., & Noyon, A. (2009). Einführung Klinische Psychologie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Renneberg, B., Heyn, K., Gebhard, R., Bachmann, S. (2005). Facial expression of emotions in borderline personality disorder and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36, 183-196.
- Rennie, D.L. (2002). Experiencing psychotherapy: Grounded theory studies. In Cain, D.J. & Seeman, J. (Eds.). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (S. 117-144). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roediger, E., Jacob, G. (2010). Fortschritte der Schematherapie: Konzepte und Anwendungen. Hogrefe.
- Rogers, R.D., Kirkpatrick, T. (2005). Neuropsychology of borderline personality disorder. The Medicine Publishing Company Ltd.
- Rogers, C. (1951). Client-centered therapy; its current practice, implications, and theory. Oxford England: Houghton Mifflin.
- Röpke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H.R., Dziobek, I. (2013). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6, 195.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G. (2006). What works for whom? A critical review of psychotherapy research, 2. Auflage, Guilford publications.
- Sachse, R. (2001). Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen. 3., überarbeitete Auflage, Hogrefe.

- Sachsse, U. (2002). Einmal Psychotherapie bitte, „die für mich richtig ist!“. *Psychotherapeut* 47 (3), 135-151.
- Sack, M., Sachsse, U., Dulz, B. (2011). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In: Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F., Sachsse, U. (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, M., Brian Haynes, R., Scott Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-72. unter <http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/wasistebm19> (5.8.2011).
- Sanderson, C. J. (2003). DBT at a glance. Retrieved 01.02.2011, from Behavioral Tech: [http://www.behavioraltech.com/downloads/DBT\\_FAQ.pdf](http://www.behavioraltech.com/downloads/DBT_FAQ.pdf).
- Schauenburg, H. im Gespräch mit Borsca, M., Kämmerer, A., Köllner, V., Lieb, H., von Schlippe, A., Senf, W., Wilms, B., Schweither, J. & Broda, M. (2010). Zum Stand der Integration in der Psychotherapie. In: *Psychotherapie im Dialog* 11(1), 3-14.
- Schindler, H. & von Schlippe, A. (2006). Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichentherapeutInnen. *Psychotherapie im Dialog*, 7(3), 334-337 .
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G. & Schulte-Bahrenberg, T. (1991). Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: Schulte, D. (Hrsg.). *Therapeutische Entscheidungen* (S. 15–42). Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, Vol.50, No.12, 965-974.
- Seligman, M. (2010). *Flourish. Wie Menschen aufblühen. Die positive Psychologie des gelingenden Lebens*. Kösel.
- Shearin, E.N., Linehan, M.M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Silberschatz, G. (2011). What are effective ingredients in psychotherapy and why are they effective? Gastvortrag an der Freien Universität Berlin. 20.06.2011.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J., Siever, L.J. (2002). The Borderline Diagnosis I: Psychopathology, Comorbidity, and Personality Structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.

.....

<sup>19</sup> Dave Sackett und Mitarbeiter von der McMaster University haben sich 1996 in einem BMJ-Artikel zur Frage "Evidence based medicine: what it is and what it isn't" geäußert. Definition aus der deutschen Fassung dieses Aufsatzes.

- Smith, E. & Grawe, K. (1999). Wirkfaktoren. *Psychotherapeuten Forum*, 6, 5-8.
- Smith, E.C., Grawe, K. (2003). What Makes Psychotherapy Sessions Productive? A New Approach to Bridging the Gap Between Process Research and Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285. John Wiley & Sons.
- Smith, M.L., Glass, G. & Miller, T.I. (1980). The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Smith, T.L., Barrett, M.S., Benjamin, L.S., Barber, J.P. (2006). Relationship Factors in Treating Personality Disorders. In: Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (Hrsg.). *Principles of Therapeutic Change That Work*. Oxford University Press.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. (1979). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin* 5(1), 95-104.
- Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U., von Kardorff, E. & Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, S. 319-331. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Steyer, R., Hannover, W., Telser, C., Kriebel, R. (2005). Zur Evaluation intraindividueneller Veränderung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*.
- Stiglmayr, C., Grathwohl, T., Linehan, M., Fahrenberg, J., and Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (5), 372-9.
- Stiglmayr, C., Schehr, K., Bohus, M. (2002). Fertigkeiten-Training im Rahmen der Dialektisch-Behavioralen Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 126-134.
- Stiglmayr, C., Grathwohl, T., Linehan, M. et al. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111, 372-379.
- Stiglmayr, C.E. (2011). Affekte – Spannung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dulz, Herpertz, Kernberg, Sachsse, (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*, 2. Auflage.

- Stiglmayr, C.E., Bischof, J., Albrecht, V., Porzig, N., Scheuer, S., Lammers, C.H., Auckenthaler, A. (2008). The experience of tension in patients with borderline personality disorder compared to other patient groups and healthy controls. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27, 42.
- Stiglmayr, C., Shapiro, D.A., Stieglitz, R.D., Limberger, M., and Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with Borderline Personality Disorder – a controlled study. *Journal of Psychiatric Research* 35 (2), 111-118.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 159-189.
- Stoffers, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., Lieb, K. (2012). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. John Wiley & Sons.
- Störig, H. J. (1996). *Kleine Weltgeschichte der Philosophie*. Fischer.
- Strauß, B., Wittmann, W.W. (1996). Wie hilft Psychotherapie? In: Senf, W. & Broda, M. (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, S.522-533. Thieme Verlag.
- Svartberg, M., Stiles, T.C. (1994). Therapeutic alliance, therapist competence, and client change in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychotherapy Research* 4, 20-33.
- Swartz, M.S., Blazer, D., George, L., Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorders*, 4, 257-272.
- Tashakkori, A., Teddlie, C. (1998). *Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage.
- The New York Times (2011). Interview mit Linehan, M.: Expert on Mental Illness Reveals Her Own Fight Interview in der New York Times, page A1, 23. Juni 2011.
- Torgersen, S., Kringlen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58 (6), 590-596.
- Trachsel, M., Itten, S., Stauffer, B., Grosse Holtforth, M. & Hofer, D. (2008). Attainment of Generic Therapy Goals in a Specialized Group Psychotherapy for Phobic Outpatients. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58 (09/10), 359-365.
- Trull, T.J.. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative ethological correlates. *Journal of Abnormal Psychology* 2001, 110, 471-481.

- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 109-125). Oxford: Oxford University Press.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal* 2, 106-115.
- Turner, R. M. (2000) Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7 (4), 413-419.
- Tyrer, P. (2009). Primary Article for Discussion: Why borderline personality disorder is neither borderline nor a personality disorder. *Personality and Mental Health* 3, 86-95.
- Tyrer, P. (2010). Epidemiologie der Borderline Persönlichkeitsstörung- State of the Art. Plenarvortrag auf dem 1st International Congress on Borderline Personality Disorder. Berlin, 01.- 03.07.2010.
- Tyrer, P. (2011). Reclassifying personality disorders. Published online February 25, 2011. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com).
- Van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R. & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Vedel, E., Emmelkamp, P.M.G. (2010). Commentary Psychological treatments for borderline personality disorder: Are all treatments equal or are some treatments more equal than others? *Personality and Mental Health* 4, 50-53, Wiley InterScience.
- VERBI Software (2011). MAXQDA. Einführung. Benutzerhandbuch. [http://www.maxqda.de/download/manuals/MAX10\\_intro\\_ger.pdf](http://www.maxqda.de/download/manuals/MAX10_intro_ger.pdf) (Juni 2012).
- Verheul, R., Bosch, L. van den, Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182 (2), 135-140.
- Wagner A.W., Linehan, M.M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders*, 13, 329-44.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah: Erlbaum.
- Welch, S.S. & Linehan, M. (2002). High risk situation associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 561-569.

- Widiger, T.A. (2005). A dimensional model of personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry* 18, 41-43.
- Widiger, T.A., Lowe, J.R. (2008). A Dimensional Model of Personality Disorder: Proposal for DSM-V. *Recent Research in Personality Disorders*. Volume 31, Number 3.
- Willutzki, U. & Koban, C. (1996). Manual zur Elaboration wohlgestalteter Ziele in der Therapie (EPOS). Berichte aus der Arbeitseinheit Klinische Psychologie. Ruhr-Universität, Bochum.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2008). Glossar zu wiederkehrenden Begriffen im Zusammenhang mit den Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Stand: 20.05.2008. Zugriff am 28.12.2012: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.16&all=true>.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655-679.
- Wittchen, H.U., Wunderlich, S., Gruschwitz, S., Zaudig, M. (1997). SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I. Göttingen: Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H.J., Lammers, C.-H. & Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 347-360.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2003). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann Verlag.
- Zahra, D. & Hedge, C. (2010). The Reliable Change Index: Why isn't it more popular in academic psychology? *The British Psychological Society*, Issue 76.
- Zahratka, C. (2010). Dialectical behavior therapy: The effect of the consultation team on potential therapist burnout. Dissertation. Zugriff: [udini.proquest.com/view/dialectical-bahavior-therapy-the-goid:500088083/](http://udini.proquest.com/view/dialectical-bahavior-therapy-the-goid:500088083/)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144-150.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., Hennen, J. (2003). A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder, *Journal of Personality Disorders*, 17 (6), 568-573.

- 
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, D.B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I. & Gunderson, J.G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 3, 177–184.
- Zlotnick, C., Shea, M.T., Pearlstein, T. Simpson, E., Costello, E. & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 12-16.
- Zurhorst, G. (2003). Eminenz-basierte, Evidenz-basierte oder Ökologisch-basierte Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 2.

## **Anhang**





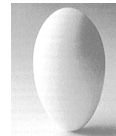
---

2.3.3 Klinische Signifikanz: Reliable Change Index .....	255
<b>2.4 Tabellen und Abbildungen.....</b>	<b>255</b>
2.4.1 Deskriptive Statistik der indirekten Erhebungsinstrumente .....	255
2.4.2 BSI-Unterskalen, Statistik bei gepaarten Stichproben.....	256
2.4.3 Screeplot der Faktorenanalyse des WAI-P.....	256
2.4.4 Gewichtung der Wirkfaktoren.....	257
2.4.5 Deskriptive Statistik der Therapieziele über alle Kategorien hinweg .....	257
<b>3. Selbstständigkeitserklärung.....</b>	<b>258</b>

## 9. Qualitative Erhebung und Auswertung

### 9.1 Fragebogen und Interviewleitfaden

#### 9.1.1 Fragebogen der Pilotstudie



**AWP-BERLIN**  
Arbeitsgemeinschaft für  
Wissenschaftliche  
Psychotherapie Berlin

### Wirkung Dialektisch-Behavioraler Therapie aus Patientenperspektive Fragebogen für die Erhebung zum Therapieende - Pilotstudie -

Ihre Patientennummer (Anfangsbuchstabe des Nachnamens und Geburtsdatum): \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Sie haben nun über einen Zeitraum von etwa 3 Monaten an der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderlinestörung im stationären Rahmen teilgenommen.

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie die Therapie und deren Auswirkungen auf Ihr aktuelles Therapieergebnis erlebt haben.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nacheinander. Nehmen Sie sich ausreichend Zeit und geben Sie Ihre Antworten so ausführlich wie möglich. Erklären Sie bitte jede Antwort noch anhand von mindestens einer BEISPIELSITUATION, wie Sie sie in den vergangenen 3 Monaten erlebt haben.

Bitte notieren Sie Ihre Antworten auf dem beigegeführten Papier den Nummerierungen der Fragen entsprechend.

#### *Veränderungen*

1. Welche Veränderungen, sofern es diese gab, hinsichtlich Ihrer Gedanken und Gefühle, aber auch in Ihrem Handeln in für Sie schwierigen Situationen haben Sie bemerkt seit Beginn der Therapie?
2. Welche Anreize oder Ideen, sollte es diese gegeben haben, gab es für Sie durch die Therapie?
3. Gab es auch Dinge, die sich für Sie durch die Therapie verschlechtert haben? Wenn ja, welche waren das?
4. Gab es auch etwas, dass sich nicht verändert hat, von dem Sie sich aber wünschten, es würde sich verändern? Was wäre das?

#### *Beurteilung dieser Veränderungen*

Bitte bewerten Sie diese Veränderungen mit Hilfe der folgenden drei Skalen (Erwartung, Eintrittswahrscheinlichkeit und Bedeutsamkeit der Veränderung. Hierzu tragen Sie in die erste Spalte die von

Ihnen genannten Veränderungen ein und bewerten die drei Aspekte, indem Sie eine für Sie zutreffende Zahl jeweils in die weiteren 3 Spalten eintragen.

Veränderung	Veränderung habe ich erwartet/ hat mich überrascht:	Veränderung wäre ohne Therapie eingetreten:	Bedeutung der Veränderung:
	1. sehr erwartet 2. etwas erwartet 3. weder/ noch 4. etwas überrascht 5. sehr überrascht	1. unwahrscheinlich 2. weniger wahrscheinlich 3. weder/ noch 4. etwas wahrscheinlich 5. sehr wahrscheinlich	1. sehr bedeutend 2. etwas bedeutend 3. mittelmäßig 4. weniger bedeutsam 5. unbedeutend
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
...			

Hinsichtlich dem Eintreten dieser Veränderungen:

### **Einzeltherapie**

Gab es in der Einzeltherapie bestimmte Übungen, Aufgaben oder Techniken, die Sie als hilfreich erlebt haben? Wenn ja, welche?

5. Was haben Sie, bezogen auf Ihren Einzeltherapeuten, wahrgenommen, dass Ihnen geholfen hat?
6. Was hat sich in Ihrem Erleben als weniger hilfreich, enttäuschend bzw. problematisch ausgewirkt?
7. Welche gemeinsamen oder unterschiedlichen Vorstellungen hatten Sie und ihr Therapeut hinsichtlich ihrer therapeutischen Ziele, die es im vergangenen Jahr zu erreichen galt?
8. Inwiefern stimmten Sie mit dem Therapeuten hinsichtlich der dazu notwendigen Aufgaben bzw. Vorgehensweisen zur Erreichung Ihrer Ziele überein bzw. nicht überein?
9. Hatten Sie das Gefühl Ihr Therapeut mochte Sie? Falls ja, können Sie mir das näher beschreiben?
10. Haben Sie neue Lösungsmöglichkeiten für Ihre Probleme erarbeiten können? Wenn ja, in welcher Weise?
11. Inwiefern vertrauten Sie in die Fähigkeiten Ihres Therapeuten oder auch nicht?
12. Können Sie sich an eine für Sie sehr schwierige, möglicherweise auch suizidale, Krisensituation in den vergangenen 12 Monaten erinnern? Bitte beschreiben Sie kurz diese Situation hinsichtlich Auslöser für die Krise, Hauptgedanke, Hauptgefühl und Verhaltensweise, die Sie im Moment der Krise zeigten!
13. Wie haben Sie Ihren Therapeuten bei der Besprechung dieser Situation erlebt?
14. Inwiefern hat Sie Ihr Therapeut bei der Lösung dieses Konflikts unterstützt oder auch nicht unterstützt?

15. Inwiefern hat Sie die Arbeit mit Ihrem Therapeuten an dieser Situation Ihren Therapiezielen näher gebracht bzw. von diesen entfernt?

***Fertigkeitentraining (DBT-, Skills-, Achtsamkeitsgruppe)***

16. Was, bezogen auf die Skillstrainer, hat sich für Sie positiv ausgewirkt?
17. Was, bezogen auf die Skillstrainer, hat sich für Sie eher negativ hinsichtlich Ihrer Veränderungen ausgewirkt?
18. Womit konnten Sie wenig oder gar nichts anfangen innerhalb des Fertigkeitentrainings?
19. Was erlebten Sie allein durch die Gruppe als hilfreich? Also was genau bewerten Sie in Bezug zur Gruppe als besonders unterstützend, dass es Ihnen möglich machte, Ihren Zielen näher zu kommen?
20. Inwiefern fühlten Sie sich von Ihren Mitpatienten verstanden?
21. Inwiefern fühlten Sie sich der Gruppe verbunden?
22. Konnten Sie sich in der Gruppe einbringen, falls ja, in welcher Weise?
23. Was haben Sie als eher schwierig in der Gruppe erlebt?

Hätte es einen stillen Beobachter in der Gruppe gegeben, wie hätte dieser, Ihrer Einschätzung nach, folgende Aspekte wahrgenommen:

24. Wie hätte dieser den Zusammenhalt in der Gruppe empfunden?
25. Hätte er hilfreiche oder weniger hilfreiche Rückmeldungen durch Ihre Mitpatienten an Sie bemerkt? Wenn ja, welche?
26. Haben Sie die DBT- Module („Achtsamkeit“, „Soziale Kompetenz“, „Emotionsregulation“, „Stresstoleranz“) als hilfreich erlebt? Wenn ja, welche?
- 26.1 Bitte bringen Sie die von Ihnen genannten Module in eine Rangreihe hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit für Sie im Hinblick auf Ihre Zielerreichung. Dabei bedeutet der erste „Platz“ die höchste Wichtigkeit und der 4. „Platz“ die geringste. Sollten Sie Module für sich als überhaupt nicht wichtig erachten, so vergeben Sie bitte keine „Plätze“.
27. Welche Methoden wurden als am hilfreichsten erlebt, also was von den Dingen, die die Trainer konkret gemacht haben bewerten Sie als besonders hilfreich (bspw. Übungen, Aufgaben etc.)?

***Bedeutung der genannten Aspekte für das Therapieergebnis***

28. Ich möchte Sie nun bitten, die von Ihnen genannten hilfreichen oder wenig hilfreichen Aspekte (aus Frage 5 bis 28) jeweils hinsichtlich ihrer Bedeutung für Ihr erreichtes Therapieergebnis zu beurteilen. Hierzu notieren Sie bitte deutlich hinter jeder Ihrer Antworten (sollten Sie zu einer Frage mehrere Antworten gefunden haben, so bewerten Sie bitte jede Antwort einzeln) eine Zahl von „1“ bis „4“. Dabei bedeutet „1“, dass sich dieser Gesichtspunkt für Sie als sehr hilfreich, „2“ als hilfreich, „3“ als weniger hilfreich oder „4“ als kaum hilfreich hinsichtlich Ihrem Therapieergebnis heraus gestellt hat.

***Persönliche Fähigkeiten und äußere Bedingungen***

29. Wenn Sie auf das Erreichte blicken, was haben Sie selbst zum Gelingen beigetragen?
30. Welche äußeren Bedingungen, Personen etc. haben Sie neben der Therapie als unterstützend erlebt?

***Therapiezufriedenheit***

31. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Verlauf und dem Ergebnis Ihrer Therapie der vergangenen drei Monate? Beantworten Sie bitte diese Frage durch Ankreuzen auf folgender Skala:

---

Unzufrieden

Sehr zufrieden

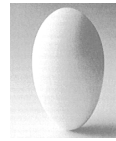
32. In welcher Weise konnten Sie etwas, dass Sie durch die Therapie erfahren haben, bisher in Ihrem Alltag hilfreich umsetzen?

***Allgemeine Problematische Aspekte***

33. Gab es schwierige oder auch qualvolle Momente in der Therapie für Sie, die für Sie dennoch in Ordnung oder sogar hilfreich waren? Können Sie diese beispielhaft beschreiben?
34. Gibt es etwas, dass Ihnen noch gefehlt hat oder Ideen, wie aus Ihrer Perspektive die Therapie hätte für sie noch besser laufen können?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei dieser Studie!!

### 9.1.2 Interviewleitfaden – Patientenziele



**AWP-BERLIN**  
Arbeitsgemeinschaft für  
Wissenschaftliche  
Psychotherapie Berlin

#### Erfassung der Patientenziele

*Kursiv = nicht vorlesen, nur zur Information für DiagnostikerIn*

„Abschließend möchte ich mit Ihnen diejenigen Ziele besprechen, die Sie innerhalb der Therapie im nun folgenden Jahr erreichen möchten. Je besser wir Ihre Ziele kennen, desto leichter können wir im Verlauf und am Ende der Therapie gemeinsam bestimmen, inwiefern Ihnen die Therapie tatsächlich geholfen hat. Hierzu werden wir uns im Verlauf des folgenden Jahres dreimal treffen, damit Sie mit Hilfe des erarbeiteten Zielbogens bestimmen können, inwiefern Sie in der Erreichung der einzelnen Ziele fortgeschritten sind.

Wenn wir jetzt gemeinsam davon ausgehen, dass die Therapie für Sie erfolgreich verläuft und wir würden uns nach einem Jahr wieder treffen, welche 3 Therapieziele möchten Sie dann unbedingt für sich erreicht haben?“

Bitte gewichten Sie die jeweiligen Ziele hinsichtlich Ihrer Bedeutsamkeit im Moment der Befragung auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 10 (sehr wichtig)!

	<b>Ziel 1</b>	<b>Ziel 2</b>	<b>Ziel 3</b>
<b>Sinnesspezifik/ Attraktivität/ Realismus</b> - so konkret wie möglich - kein Vergleich - positive Formulierung			
<b>Verhalten</b> Woran könnte man erkennen, dass Sie dieses Ziel erreicht haben, wie verhalten Sie sich?			
<b>Denken</b> Was oder wie denken Sie dann über sich und andere?			
<b>Fühlen</b> Was genau fühlen Sie dann?			
<b>Messbarkeit</b> Wie könnten wir gemeinsam bestimmen (messen) das dieses Ziel erreicht ist?			
<b>Werte</b> Welche Werte bzw. übergeordneten Lebensziele verwirklicht das Ziel?			
<b>Umfeld</b> Was wird sich durch das Erreichen des Ziels im Leben verändern?			

<b>Verlust</b> Was ginge vielleicht sogar verloren?			
--	--	--	--

### Zielerreichung

Schätzen Sie auf dieser Skala den Grad der derzeitigen Erfüllung des jeweiligen Therapiezieles ein. Bitte gewichten Sie die jeweiligen Ziele hinsichtlich Ihrer Bedeutsamkeit im Moment der Befragung auf einer Skala von 1 (unwichtig) bis 10 (sehr wichtig)!

		<i>Gar nicht erfüllt</i>	<i>Vollkommen erfüllt</i>
Ziel 1	Messzeitpunkt T-1	●	●
.....	Messzeitpunkt T0	●	●
	Messzeitpunkt T1	●	●
	Messzeitpunkt T2	●	●
	Messzeitpunkt T3	●	●
 Ziel 2	 Messzeitpunkt T-1	 ●	 ●
.....	Messzeitpunkt T0	●	●
	Messzeitpunkt T1	●	●
	Messzeitpunkt T2	●	●
	Messzeitpunkt T3	●	●
 Ziel 3	 Messzeitpunkt T-1	 ●	 ●
.....	Messzeitpunkt T0	●	●
	Messzeitpunkt T1	●	●
	Messzeitpunkt T2	●	●
	Messzeitpunkt T3	●	●

### Anhang für Diagnostiker für die Erfassung der Werte:

*„Werte sind Orientierungen im Leben, Lebensziele, die uns sehr wichtig sind. Meist sind sie uns gar nicht recht bewusst und erst, wenn wir sie nicht erreichen, bemerken wir wie wichtig sie uns sind. Werte können auch einmal wechseln, sind altersabhängig, sind aber dennoch individuell ausgeprägt. Es zeigt sich, dass man bei der Erfüllung von Werten auch mit dem Leben zufriedener ist. Dabei ist es egal, ob diese Werte als sozial erwünscht gelten. Es ist jetzt also sehr wichtig zu erfahren, was Ihnen persönlich wichtig ist.“*

Wenn wir uns nun Ihr Ziel ...xxx... anschauen, welche übergeordneten Werte/ Lebensziele erfüllen Sie, wenn Sie dieses Ziel erreicht haben?“

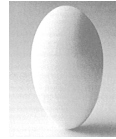
*Beispiele/ mögliche Werte: nur für Diagnostiker zur Orientierung*

*Es ist mir wichtig...*

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| - Einfluss zu haben, Dinge zu bestimmen (Macht, Einfluss)                  | - Für die Natur, Umwelt sorgen       |
| - Unabhängig sein, für mich selbst sorgen<br>(Spiritualität, Religiosität) | - Nach spirituellen Prinzipien leben |
| - Familie haben, mich eingebunden fühlen                                   | - Für die Natur, Umwelt sorgen       |



## Interviewleitfaden - Veränderungen und Wirkfaktoren



**AWP-BERLIN**  
Arbeitsgemeinschaft für  
Wissenschaftliche  
Psychotherapie Berlin

**Patientenspezifische Wirkfaktoren****Leitfadeninterview – Verlauf**

**Patienten-Chiffre:**.....

**Therapiebeginn:**.....

*Kursiv gekennzeichnete Text ist für den Interviewer bestimmt:*

Beobachtungen hinsichtlich nonverbalem Verhalten, Nebenbemerkungen etc. vor, während, nach dem Gespräch bitte notieren.

*Vor dem Interview Aufklärung hinsichtlich:*

- *Anonymität, Schweigepflicht (Name des Th. muss nicht genannt werden), Vertraulichkeit, Tonbandaufzeichnung und*
- *Interviewziel: Frage nach dem, was wirkt in der Therapie*
- *Interviewprotokoll*
- *Termin auf etwa 2 Stunden angesetzt, Zusatztermin möglich, Pausen beachten*

**Gesprächseinstieg**

Sie sind seit (Therapiebeginn, s.o.) in Therapie im Rahmen unserer Studie.

Ich möchte mit Ihnen nun gemeinsam eine Bilanz ziehen und darüber sprechen, was Sie als hilfreich erlebt haben und was nicht.

Es geht hier um eine offene Befragung. Das heißt, dass es keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten gibt. Die folgenden Fragen beziehen sich auf ihre eigene Sichtweise. Es interessiert mich ausschließlich, wie Sie die Therapie wahrgenommen und erlebt haben.

Sie sind für mich der Experte/-in, der/die am besten einschätzen kann, was hilft. Es interessiert mich ausschließlich Ihre eigene Sichtweise.

**Veränderungen**

Zunächst möchte ich Ihnen Fragen stellen, die sich auf mögliche Veränderungen, die Sie seit Beginn der Therapie erlebt haben, beziehen.

35. Haben Sie seit Beginn der Therapie im ..... (Monat, Jahr s.o.) Veränderungen bemerkt?

*Falls keine Veränderungen genannt werden und ansonsten auch die Bereiche abfragen:*

Denken Sie bitte auch an Veränderungen, die sie im Moment vielleicht als nicht erwähnenswert einschätzen. Dinge, die sich, im Bereich der Familie in Ihrer Partnerschaft, im Freundes- und Bekanntenkreis, Alltag, Freizeit, Sexualität oder Beruf veränderten.

*Falls weiterhin keine Veränderungen genannt werden:*

Haben Sie bestimmte Erwartungen oder Wünsche an die Therapie gehabt im (Monat des Beginns der Therapie)?

Was glauben Sie woran es lag, dass sich keine Veränderungen einstellten?

*Falls weiterhin keine Veränderungen genannt werden*

36. Gibt es auch Dinge, die sich für Sie verschlechtert haben?

*Falls weiterhin keine Veränderungen genannt werden -> weiter mit Frage 4*

*Falls Veränderungen genannt wurden:*

37. Womit hängen diese Veränderungen zusammen?

38. Welche Rolle hat die Therapie dabei gespielt? (Falls noch nicht genannt)

### **Einzeltherapie**

Ich möchte mit Ihnen nun über Ihre Einzeltherapie und deren Einfluss auf die genannten Veränderungen sprechen. (Welchen Einfluss hat die Einzeltherapie?)

39. Gibt es etwas, bezogen auf Ihren Einzeltherapeuten, dass Sie als hilfreich erleben?

40. Macht der Therapeut irgendwas, was Ihnen gut tut? (*Erstmal allgemein gefragt*)

Gibt es in der Einzeltherapie bestimmte Vorgehensweisen (Übungen, Aufgaben) die Sie als hilfreich erleben? Denken Sie dabei bitte sowohl an zunächst angenehme wie auch unangenehme Methoden, die sich letztlich positiv hinsichtlich Ihrer Veränderungen auswirkten.

41. Gibt es etwas in Ihrer Einzeltherapie, dass Sie als weniger hilfreich erleben?

42. Können Sie sich an eine für Sie sehr schwierige Situation oder Krise seit Beginn dieser Therapie erinnern?

*Falls Ja:* Bitte beschreiben Sie kurz diese Situation!

*Falls Nein:* Gab es vielleicht eine schwierige Situation in jüngster Zeit, die Sie noch gut in Erinnerung haben? Denken Sie dabei auch an belastende Gespräche mit Ihrem Partner (Kind, Kollegen). Bitte beschreiben Sie kurz diese Situation!

43. War dies eine Situation, die Sie häufiger erleben, die Sie als typisch in Ihrem Leben bezeichnen würden?

Können Sie sich noch an eine kritische Situation erinnern, seit Beginn dieser Therapie, wie Sie sie häufiger in Ihrem Leben erfahren?

44. Wie haben Sie Ihren Therapeuten bei der Besprechung dieser Situation erlebt?

45. Inwiefern hat Sie Ihr Therapeut bei der Lösung dieses Konflikts unterstützt oder auch nicht unterstützt?

### **Fertigkeitengruppe**

Ich möchte mit Ihnen nun über die Skillsgruppe sprechen. Welchen Einfluss auf die von Ihnen bereits genannten Veränderungen hatte die Gruppe?

46. Was, bezogen auf die Skillstrainer, hat sich bisher für Sie positiv hinsichtlich oben genannter Veränderungen ausgewirkt?

47. Was, bezogen auf die Skillstrainer, hat sich bisher für Sie negativ hinsichtlich oben genannter Veränderungen ausgewirkt?

48. Gab es bestimmte Übungen, Hausaufgaben oder Vorgehensweisen, die Sie als hilfreich für die genannten Veränderungen erlebten? Wenn ja, welche sind das?

Gibt es sonst noch irgendwas, was Ihnen gut tut? (*Allgemein gefragt*)

- 49. Womit konnten Sie bisher wenig oder gar nichts anfangen?
- 50. Was erleben Sie allein durch die Gruppe als besonders unterstützend für das Erreichen Ihrer Therapieziele?
- 51. Was gestaltet sich Ihrem Eindruck nach schwierig in der Gruppe?

### **Extratherapeutische Faktoren**

Abschließend möchte ich mit Ihnen über Ihre eigenen Fähigkeiten und mögliche Unterstützungsfaktoren in Ihrem Umfeld sprechen.

- 52. Wenn Sie auf das bisher Erreichte blicken, was haben Sie selbst zum Gelingen beigetragen?
- 53. Welche äußeren Bedingungen, Personen oder Umstände erleben Sie neben der Therapie als unterstützend?

### **Zusatzfragen!**

- 54. Wir haben gerade in unserem Gespräch über vier verschiedenen Bereiche gesprochen. Zum einen über die Beziehung zum Therapeuten bzw. Trainer, (ggf. über den Therapeuten selbst), dann über Techniken wie Übungen, Protokolle und Hausaufgaben usw., dann über mögliche Einflüsse aus ihrem Alltag/ Umfeld und zum Schluss noch über Ihre eigenen Fähigkeiten.

Welche der Faktoren waren für Sie und für das was Sie erreicht haben, sprich für den Therapieerfolg, am wichtigsten? Können Sie bitte Plätze vergeben?

Sollte Ihnen noch nach dem Gespräch etwas zum Thema einfallen, das Sie hier nicht genannt haben, können Sie dies gern noch telefonisch mitteilen (*Verweis auf die „Studien-Hotline“: montags 10-11 und donnerstags 13-14, 8445-xxxx- dort Info hinterlassen, damit Interviewer zurück ruft*).

Vielen Dank für das Gespräch!

-----

## 9.2 Transkriptionsregeln

(in Anlehnung an Mergenthaler, 1992)

P:	Patient
I:	Interviewer
( )	Kommentare, Geräusche, nicht verbaler Ausdruck
...	Pausen
? , ; .	Satzzeichen
hmhm	Interjektionen als Zustimmung, oder zur Überlegung wurden beibehalten und im Zweifelsfall erklärt
(---)	unverständliche Äußerung

Namen von Patienten, Therapeuten und Trainern wurden aus Gründen des Datenschutzes anonymisiert. Die vorliegenden Tonbandaufnahmen werden anonymisiert gesichert aufbewahrt, werden aber zum Schutz der Befragten und anderen in den Interviews genannten Personen und Einrichtungen der Arbeit nicht beigelegt.

## 9.3 Qualitative Auswertung der Patientenziele

### 9.3.1 Berner Inventar für Therapieziele

#### Hauptkategorien: (5/6 inklusive der Restkategorie)

Kategorien (31/43)	Unterkategorien (50/109)	Prototypische Beispiele
-----------------------	-----------------------------	-------------------------

<p><b>p</b> Problem- &amp; Symptombewältigung (Kategorien: 12/14; <i>Unterkategorien: 18/44</i>)</p>		
<p><b>p1 Depressives Erleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Positiv formulierte Ziele mit depressivem Kontext werden bei w3.2 kategorisiert.</li> </ul>	<p><i>p1.1 Negative Gedanken und Gedanken-abläufe</i></p> <p><i>p1.2 Negative Stimmung</i></p> <p><i>p1.3 Antriebs- &amp; Energielosigkeit</i></p> <p><i>p1.0 NNB</i></p> <p><i>p1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Gedanken zu bedrückenden Themen kontrolliert beginnen und beenden können.</p> <p>⇒ Lernen, besser mit meinen Stimmungsschwankungen umzugehen.</p> <p>⇒ Wieder zu Kraft und Energie kommen.</p> <p>⇒ Meine Depression bewältigen.</p> <p>⇒ Alarmsignale meiner Depression erkennen.</p>
<p><b>p2 Suizidalität &amp; Selbstdestruktives Verhalten</b></p>	<p><i>p2.1 Selbstdestruktives Verhalten</i></p> <p><i>p2.2 Suizidalität</i></p> <p><i>p2.0 NNB</i></p> <p><i>p2.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ In belastenden Situationen Alternativen zur Selbstverletzung finden.</p> <p>⇒ Keine suizidalen Gedanken mehr haben.</p> <p>⇒ Mit meiner Todessehnsucht und meinem Drang nach Selbstverletzung umgehen lernen</p> <p>⇒ Gründe meines Suizidversuchs erörtern.</p>
<p><b>p3 Ängste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ängste in interpersonalen Situationen → p3.3</li> <li>Angst vor Ablehnung etc. → i6.2</li> </ul>	<p><i>p3.1 Ängste bezüglich spezifischen Situationen/Orte/Tätigkeiten</i></p> <p><i>p3.2 Panikanfälle (Angstanfälle, -attacken)</i></p> <p><i>p3.3 Soziale Ängste</i></p> <p><i>p3.0 NNB</i></p> <p><i>p3.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Angst, die mich in fensterlosen Räumen befällt, kontrollieren können..</p> <p>⇒ Bei einsetzender Angstattacke aus dem Mechanismus aussteigen können.</p> <p>⇒ Wieder alleine ohne Angst unter die Leute gehen können.</p> <p>⇒ Lernen, mit meinen Ängsten umzugehen.</p> <p>⇒ Die Ursachen meiner Phobie herausfinden.</p>
<p><b>p4 Zwänge</b></p>	<p><i>p4.0 Zwangssymptome</i></p> <p><i>p4.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Normal 1-2 mal pro Tag duschen können.</p> <p>⇒ Wissen, wie es zu den Zwangsritualen gekommen ist.</p>
<p><b>p5 Traumata</b></p>	<p><i>p5.0 Traumata</i></p> <p><i>p5.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i></p>	<p>⇒ Keine Alpträume mehr über meine Vergewaltigungen haben.</p> <p>⇒ Keine unkontrollierbaren Erinnerungen haben.</p> <p>⇒ Flashbacks als Teil meiner Störung verstehen.</p>

<b>p6 Suchtverhalten (stoffgebunden)</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Unsicherheit, ob nur Entzug oder nur Entwöhnung gemeint ist → p6.0</li> </ul>	p6.1	<b>Körperlicher Entzug</b>	⇒ Heroin-Entzug durchführen.
	p6.2	<b>Entwöhnung</b>	⇒ Nach Auseinandersetzung mit meiner Frau Alternativen zum Trinken finden.
	p6.0	NNB	⇒ Umgang mit der Sucht.
	p6.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒ Antworten auf die Frage finden: "Was hat zu den Alkoholproblemen geführt?"
<b>p7 Essverhalten</b>	p7.1	<b>Bewältigen von Essstörungen im engeren Sinne</b>	⇒ Meine Essattacken besser kontrollieren.
	p7.2	<b>Übergewicht</b>	⇒ Abnehmen.
	p7.0	NNB	⇒ Mein Essen zeitlich und mengenmässig richtig einstellen.
	p7.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒ Gründe meiner Magersucht analysieren.
<b>p8 Schlaf</b>	p8.0	<b>Schlafprobleme</b>	⇒ Wieder normal durchschlafen können.
	p8.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒ Den Ursachen meines Früherwachens auf den Grund gehen.
<b>p9 Sexualität</b>  1. Sexualität in Partnerschaft → i1.2 2. Sex ausserhalb der Beziehung leben → i7.3 3. Homosexualität akzeptieren → s2.1	p9.0	<b>Sexuelle Probleme</b>	⇒ Mit meiner Impotenz umgehen lernen.
	p9.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒ Die Ursachen meiner Orgasmusstörung herausfinden
<b>p10 Umgang mit körperbezogenen Problemen</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Ändern des körperbezogenen Problems → r3</li> <li>Sofern kein psychischer Aspekt erschliessbar ist → r3</li> </ul>	p10.1	<b>Schmerz (psychischer Aspekt)</b>	⇒ Mit meinen Rückenschmerzen umgehen lernen.
	p10.2	<b>Chronische Krankheiten (psychischer Aspekt)</b>	⇒ Akzeptieren HIV – infiziert zu sein. ⇒ <b>Achtung:</b> Chemotherapie durchführen → r3
	p10.0	NNB	⇒ Altersbeschwerden annehmen lernen.
	p10.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒ Behinderung akzeptieren. ⇒ Mit Tinnitus umgehen können. ⇒ <b>Achtung:</b> Körperliche Rehabilitation → r3
<b>p11 Probleme in umschriebenen Lebensbereichen &amp; Stress allgemein</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>Prüfungsängste → p3.1</li> <li>Berufliche Neuorientierung → o1.2</li> <li>Arbeits- und Stellensuche → r2</li> <li>Probleme mit bestimmten Vorgesetzten → i4.1</li> <li>Innere Unruhe; Nervosität → w2.0</li> </ul>	p11.1	<b>Stress</b>	⇒ Lernen, mit Stress umzugehen.
	p11.2	<b>Wohnsituation</b>	⇒ Verantwortungsbereiche in unserer WG besprechen.
	p11.3	<b>Ausbildung &amp; Arbeit</b>	⇒ Probleme auf der Arbeit angehen und versuchen zu lösen.
	p11.4	<b>Organisation des Alltages; Tagesstruktur; Zeitplanung</b>	⇒ Stärkung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung; ⇒ Bessere Tagesstruktur; mit Zeit umgehen.
	p11.0	NNB	
	p11.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	⇒ Lernen, mit Leistungssituationen besser umzugehen.

<b>p 12 Medikamente</b>	<i>p12.0 Medikamente</i>	⇒ Meine Medikamente absetzen.
• Abhängigkeit → p6	<i>p12.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Wirkungsweise meiner Neuroleptika verstehen.
<b>p0 NNB</b>	<i>p0.0 NNB</i>	⇒ Lernen, mit der Krankheit zu leben. ⇒ Mit meinem Risikoverhalten umgehen lernen.
<b>p99 Andere spezifische Probleme</b>	<i>p99.0 Andere spezifische Probleme</i>	⇒ Manie; psychotische Probleme; Kleptomanie; Delinquenz; Glücksspiel usw.

<b>i</b> <b>Interpersonale Ziele (Kategorien: 7/9; Unterkategorien:12/24)</b>		
<b>i1 Bestehende Partnerschaft</b>	<i>i1.1 Partnerbeziehung verbessern (interpersonal)</i>	⇒ Unsere Probleme in der Partnerschaft bewältigen lernen.
• Sexualität ausserhalb bestehenden Beziehungen → i7.1	<i>i1.2 Sexualität in der Partnerschaft verbessern</i>	⇒ Erfülltes Sexualleben mit meinem Mann haben.
	<i>i1.3 Individuelles Ziel/Problem in Partnerschaft bewältigen</i>	⇒ Angst vor Partnerverlust bewältigen. ⇒ Für und Wider einer Trennung abwägen.
	<i>i1.0 NNB</i>	⇒ Interesse aneinander steigern.
	<i>i1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Ehegespräch anstreben, um über den Missbrauch sprechen zu können.
<b>i2 Aktuelle Familie</b>	<i>i2.1 Ziele im Zusammenhang mit Elternschaft (intra &amp; inter)</i>	⇒ Kinderlosigkeit akzeptieren. ⇒ Dem Sohn mehr Verantwortung übergeben.
• Ziele/Probleme bezüglich der Eltern/Vorfahren → i3.0	<i>i2.2 Ziele bezüglich der Familie als ganzer</i>	⇒ Familiäre Situation verbessern. ⇒ Mit Mann und Kindern über die Situation reden.
<b>i3 Herkunftsfamilie</b>	<i>i3.0 Ziele / Probleme im Zusammenhang mit Herkunftsfamilie (intra &amp; inter)</i>	⇒ Mich endlich von meinem Vater ablösen. ⇒ Die Beziehung mit meinen Eltern bereinigen.
<b>i4 Andere konkrete Beziehungen</b>	<i>i4.0 Ziele / Probleme in anderen konkreten Beziehungen (intra &amp; inter)</i>	⇒ Wieder mit meiner Nachbarin sprechen können. ⇒ Beziehung mit meinem Ex-Partner bereinigen.
<b>i5 Alleinsein &amp; Trauer</b>	<i>i5.1 Umgang mit dem Alleinsein</i>	⇒ Wissen, wie ich die Zeit während der Abwesenheit meiner Partnerin überbrücke.
	<i>i5.2 Trauer und Verarbeiten von Verlust</i>	⇒ Den Tod meines Mannes verarbeiten.
	<i>i5.0 NNB</i>	⇒
	<i>i5.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒
<b>i6 Selbstbehauptung &amp; Abgrenzung</b>	<i>i6.1 Selbstbehauptung und Abgrenzung im Verhalten(interpersonal)</i>	⇒ Sich durchsetzen, wehren und abgrenzen können, auch gegen Widerstand. ⇒ Nein-Sagen können; kritisieren können. ⇒ Konfliktfähiger werden.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Unsicherheit ob i6.1 oder i6.2 → i6.0</li> <li>Bei Grenzüberschreitungen: i6 vor i7 codieren.</li> <li>Sich abgrenzen von Problemen → s2.1</li> <li>Seine Sachen unabhängig von der Meinung anderer machen → s2.2</li> </ul>	<i>i6.2 Selbstbehauptung und Abgrenzung innerlich, in der Einstellung (intrapsychisch)</i>  <i>i6.0 NNB</i>  <i>i6.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Mit Kränkung, Kritik umgehen können. ⇒ Mir erlauben, Nein zu sagen und keine Schuldgefühle dabei haben.  ⇒ Sich von anderen abgrenzen können. ⇒ Neg. Gefühle ohne Angst vor Ablehnung ausdrücken.  ⇒ In Konflikten den Standpunkt anderer gelten lassen.
<b>i7 Kontakt, Nähe, Austausch</b>	<i>i7.1 (Mehr) Kontakt aufnehmen; zwischenmenschlichen Austausch verbessern (interpersonal)</i>  <i>i7.2 Nähe zulassen; für Beziehungen öffnen (intrapsychisch)</i>  <i>i7.3 Neue Partnerschaft; Intimität</i>  <i>i7.0 NNB</i>  <i>i7.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Unter die Leute gehen; zuhören lernen. ⇒ Lernen, Bedürfnisse anderer besser wahrzunehmen.  ⇒ Die Angst vor Bindung abbauen. ⇒ Vertrauen zu anderen Person(en) aufbauen.  ⇒ Eine Beziehung eingehen, eine intime Beziehungen aufbauen. ⇒ Eine Partnerin finden.  ⇒ Freundeskreis aufbauen und Partner finden.  ⇒ Lernen, eigenes Befinden nur in passenden Situationen mitzuteilen. ⇒ sich Hilfe holen können.
<b>i0 NNB</b>	<i>i0.0 NNB</i>	⇒ Die Beziehung klären. ⇒ Allgemeine Beziehungsfähigkeit.
<b>i99 Andere interpersonale Ziele/Probleme</b>	<i>i99.0 Andere interpersonale Ziele/Probleme</i>	⇒ Lernen zu vergeben.

## W

**Wohlbsein / better functioning** (Kategorien: 3/5; Unterkategorien: 7/15)

<b>w1 Bewegung &amp; Aktivität</b>	<i>w1.1 Mehr Bewegung</i>  <i>w1.2 Mehr Aktivitäten (ausser Bewegung)</i>  <i>w1.0 NNB</i>  <i>w1.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Wieder regelmässig wandern gehen.  ⇒ Mindestens einmal pro Woche abends ausgehen.  ⇒ Aktiver werden. ⇒ Hobbies wieder vermehrt ausüben.
<b>w2 Entspannung &amp; Gelassenheit</b>	<i>w2.1 Lernen, sich zu entspannen und erholen (Entspannungstechniken)</i>  <i>w2.2 Ruhiger und gelassener werden; sich gelassener verhalten</i>  <i>w2.0 NNB</i>  <i>w2.99 Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	⇒ Möglichkeiten zur Entspannung finden.  ⇒ Lernen, Probleme gelassener zu nehmen.  ⇒ Gelassener sein.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Erholung; Distanz gewinnen → r1</li> <li>innere Unruhe, Nervosität → w2.0</li> </ul>		
<b>w3 Wohlbefinden</b>	<i>w3.1 Psychisches Wohlbefinden ohne erkennbaren depressiven Kontext</i>	⇒ Lebensenergie, -geister steigern. ⇒ Voller Optimismus sein.



<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausschlaggebend für die Unterscheidung von w3.1 und w3.2 sind Angaben zum Ist-Zustand des Klienten/der Klientin, wie z.B. die Diagnose.</li> </ul>	w3.2 <b>Psychisches Wohlbefinden mit depressivem Kontext</b>	⇒ Wieder Freude am Leben haben können.
	w3.3 <b>Körpergefühl</b>	⇒ Den Körper besser wahrnehmen. ⇒ Meinen Körper akzeptieren lernen, gut finden.
	w3.0 <b>NNB</b>	⇒ Mich wohl fühlen (körperlich & psychisch).
	w3.99 <i>Andere spezifische Ziele/Probleme</i>	
<b>w0 NNB</b>	w0.0 <b>NNB</b>	⇒ Förderung des Gesundheitsverhaltens. ⇒ Zu sich selber lieb sein.
<b>w99 Andere Ziele/ Probleme des Wohls</b>	w99.0 <i>Andere Ziele/Probleme des Wohls</i>	

## O

### Orientierung (Kategorien: 2/4; Unterkategorien: 3/6)

<b>o1 Selbstreflexion &amp; Zukunft</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erklärung und Gründe für die eigen Erkrankung → p99</li> <li>Verarbeiten von Traumata → p5.1</li> <li>Arbeit finden → r2</li> <li>Situation am Arbeitsplatz klären → p11.3</li> </ul>	<b>o1.1 Vergangenheit klären und verarbeiten</b>	⇒ Mit meiner Vergangenheit leben lernen, sie akzeptieren. ⇒ Klarheit und Ordnung in meine Kindheitsgeschichte bringen.
	<b>o1.2 Selbstreflexion &amp; Zukunftsperspektiven</b>	⇒ Klarheit bezüglich meinen Fähigkeiten gewinnen. ⇒ Entdecken eigener Interessen. ⇒ Wissen, wie es mit mir weitergeht. ⇒ Berufliche Perspektiven abklären.
	<b>o1.0 NNB</b>	
<b>o2 Sinnfindung</b>	<b>o2.0 Spirituelle-, religiöse- und Sinnfragen; Lebenssinn.</b>	⇒ Meinem Leben einen neuen Sinn geben.
<b>o0 NNB</b>	<b>o0.0 NNB</b>	
<b>o99 Andere Ziele/ Probleme der Orientierung</b>	<b>o99.0 Andere Ziele der Orientierung</b>	

## S

### Selbstentwicklung (Kategorien: 4/6; Unterkategorien: 6/15)

<b>s1 Selbstbewusstsein, Selbstwert &amp; eigene Schwächen</b>	<b>s1.1 Selbstbewusstsein, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl steigern (intrapsychisch)</b>	⇒ Meine Selbstzweifel überwinden. ⇒ Wieder mehr Selbstvertrauen haben.
	<b>s1.2 Sich selber akzeptieren lernen (sowohl Stärken wie Schwächen)</b>	⇒ Mich akzeptieren, so wie ich bin. ⇒ Sich loben für die eigene Leistung.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meine schwachen Seiten erkennen → o1.2</li> </ul>	s1.0	NNB	⇒ Minderwertigkeitsgefühle.
	s1.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	
<b>s2 Selbstverwirklichung</b>	s2.1	<b>Respektieren</b> eigener Bedürfnisse, Wünsche & Grenzen	⇒ Sich nicht zuviel zumuten. ⇒ Lernen, die Grenzen selber zu setzen. ⇒ Sinnvolle Prioritäten setzen (Arbeit, Therapie, Familie, Freizeit).
	s2.2	<b>Verwirklichen</b> eigener Pläne & Wünsche	⇒ Lernen zu tun, was ich will. ⇒ Einfach Dinge tun, zu denen ich Lust habe.
	s2.0	NNB	⇒ Selbständig werden.
	s2.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	
<b>s3 Selbstkontrolle</b>	s3.1	Verantwortung u. <b>Kontrolle übernehmen; Entscheidungen treffen</b>	⇒ Entscheidungen besser treffen lernen.
	s3.2	<b>Kontrolle &amp; Verantwortung abgeben</b> lernen; Leistungsanspruch und <b>Perfektionismus mässigen</b>	⇒ Weniger hohe Ansprüche an sich haben. ⇒ Lernen, Aufgaben zu delegieren.
	s3.0	NNB	
	s3.99	Andere spezifische Ziele/Probleme	
<b>s4 Gefühlsregulation</b>	s4.0	<b>Umgang</b> mit Gefühlsregungen	⇒ Gefühle zulassen dürfen. ⇒ Mit Ärger umgehen lernen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lernen, anderen Gefühle mitzuteilen → i6.1</li> <li>• Schuldgefühle abbauen → p1.0</li> </ul>			
<b>s0 NNB</b>	s0.0	NNB	⇒ Aus Ich-Zentriertheit herausfinden. ⇒ Sich selbst entwickeln.
<b>s99 Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung</b>	s99.0	Andere Ziele/Probleme der Selbstentwicklung	⇒ Selbständigkeit: Ohne die Hilfe der Eltern zurecht kommen.

## r

### Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme; keine Therapieziele

(Kategorien: 3/5; Unterkategorien: 5)

<b>r1 Regeneration</b> (insb. stationär)	r1.0	Regeneration	⇒ Krisenüberbrückung ⇒ Abstand gewinnen.
<b>r2 Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme</b>	r2.0	Psychosoziale (Rehabilitations-) Ziele/Probleme	⇒ 2-3 Tageskliniken ansehen; ⇒ Überschuldung; ⇒ Nachbetreuung nach stat. Behandlung. ⇒ finanzielle Situation klären
<b>r3 Somatische (Rehabilitations-)</b>	r3.0	Somatische (Rehabilitations-) Ziele/Probleme	⇒ Lungenentzündung ⇒ Körperliche Probleme ⇒ Körperhygiene, Inkontinenz

Ziele/Probleme			
<b>r0</b>	<b>Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme</b>	<i>r0.0 Nicht kategorisierbare Ziele/Probleme</i>	⇒ Psychisch gesund werden. ⇒ Probleme bewältigen. ⇒ Abgrenzungsschwierigkeiten ⇒ Stabiler werden
<b>r99</b>	<b>Keine Therapieziele</b>	<i>r99.0 Keine Therapieziele</i>	⇒ Von anderen akzeptiert werden. ⇒ 6er im Lotto. ⇒ Freund soll clean werden.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch Ziele/Probleme, die vom Klienten/von der Klientin nicht beeinflussbar sind.</li> </ul>			

### 9.3.2 Patientenziele: Auswertungsstrategie anhand von Beispielen pro Kategorie

#### 9.3.2.1 Selbstentwicklung

Fall, Zielnummer	Fragentitel	Paraphrase (Originaltext)	Generalisierung	Reduktion	Kategorie	Bemerkung
2,1	Überschrift	Mehr Selbstbewusstsein erlangen	Selbstbewusstsein	Selbstbewusstsein	<b>Selbstentwicklung</b>	Zusammenhang von Selbstentwicklung mit Lebensfreude, Symptomreduktion und Steigerung zwischenmenschlicher Kompetenzen
	Verhalten	An Zielen festhalten, bei mir zu bleiben, nicht darüber nachzudenken, was andere über mich denken;	Individuelle Zielverfolgung, Urteilsunabhängigkeit,	Selbstverwirklichung		
		eigenen Körper zu mögen; Fehler zu akzeptieren	Selbstakzeptanz	Selbstakzeptanz		
	Denken	,Ich lasse nicht alles an mich heran; Ich habe ein dickes Fell—	Emotionale Stabilität/ Abwehr/ Selbstschutz	Selbstschutz		
	Fühlen	Freude am Leben	Lebensfreude	Lebensfreude		
	Messbarkeit	Keine Suizidgedanken/-versuche	Keine Suizidgedanken/-versuche	Keine Suizidalität		
	Werte	Selbstakzeptanz; Innerer Frieden		Selbstakzeptanz		
	Umfeld	Andere Menschen werden die Wahrheit erfahren	Offenheit im Kontakt	Offenheit im Kontakt		
	Verlust	Andere werden weniger geschädigt (Wut)	Reduktion Fremdgefährdung	Reduktion Fremdgefährdung		

## 9.3.2.2 Gefühlsregulation

Fall, Zielnummer	Fragentitel	Paraphrase (Originaltext)	Generalisierung	Reduktion	Kategorie	Bemerkung
3,1	Überschrift	Strategien für den Umgang mit Verlustängsten erleben	Verlustängste bewältigen	Verlustängste bewältigen	<b>Gefühlsregulation</b>	Zusammenhang von Gefühlsregulation mit Symptomreduktion, Beziehungsstabilität; Pat. Ordnet Gedanken (Trennungsszenen) der Frage nach Verhalten zu, Messbarkeit wurde nicht benannt
	Verhalten	Weniger Alpträume; Seltener Trennungsszenen im Kopf	Weniger Alpträume, Antizipierte Trennungsszenarien	Symptomreduktion		
	Denken	Ich weiß, warum ich Verlustängste habe und was ich dagegen tun kann	Auslöser/Ursachen erkennen	Verstehbarkeit von Gefühlen		
	Fühlen	Ausgeglichenheit; Entspannung	Ausgeglichenheit; Entspannung	Ausgeglichenheit, Entspannung		
	Messbarkeit	keine Nennung	keine Nennung	keine Nennung		
	Werte	Beziehungs- & Lebensqualität; Leistungsfähigkeit	Beziehungs- & Lebensqualität; Leistungsfähigkeit	Beziehungs- & Lebensqualität; Leistungsfähigkeit		
	Umfeld	Glückliche Beziehung, Partner zufriedener, bin berechenbarer	glückliche Beziehung, Berechenbarkeit	Beziehungsstabilität		
	Verlust	Berechenbar für andere werden	Berechenbarkeit	Berechenbarkeit		

Fall, Zielnummer	Fragentitel	Paraphrase (Originaltext)	Generalisierung	Reduktion	Kategorie	Bemerkung
5,1	Überschrift	Möchte Wutausbrüche kontrollieren	Wutausbrüche kontrollieren	Kontrolle dysfunktionalen Verhaltens	<b>Gefühlsregulation</b>	Zusammenhang von Gefühlsregulation mit Antizipation angenehmer Gefühlszustände, Beziehung/ Hoffnung auf Beziehung, Reduktion aggressiven Verhaltens
	Verhalten	Könnte Situationen aushalten, nicht Raum verlassen, ruhig bleiben	Situationen ruhig aushalten	Aushalten		
	Denken	,hast es ja doch mal geschafft —	Selbstachtung	Selbstachtung		
	Fühlen	Stolz, Macht, Kontrolle	Stolz, Macht, Kontrolle	Angenehme Gefühle		
	Messbarkeit	Anzahl und Schwere der Wutausbrüche	Weniger heftige und seltene Wutausbrüche	Reduktion der Wutausbrüche		
	Werte	Ex-Freundin wieder zu gewinnen	Beziehung	Beziehung		
	Umfeld	ruhiger, gelassener in Gesellschaft	Ruhe, Gelassenheit	Angenehme Gefühlszustände		
	Verlust	keine Nennung	keine Nennung	keine Nennung		

## 9.3.2.3 Selbstverletzungen und Suizidalität

Fall, Zielnummer	Fragentitel	Paraphrase (Originaltext)	Generalisierung	Reduktion	Kategorie	Bemerkung
5,3	Überschrift	Selbstverletzungen minimieren	Selbstverletzungs-reduktion	Selbstverletzungs-reduktion	<b>Selbstverletzungen und Suizidalität</b>	Selbstverletzung als dysfunktionales Bewältigungsverhalten dyston erlebt, Antizipation von Selbstwirksamkeits-erleben bei Reduktion von SVV
	Verhalten	Macht es nicht mehr	keine SVV mehr	keine SVV mehr		
	Denken	„gut, hast dich nicht verletzt —	Selbstwirksamkeit	Selbstwirksamkeit		
	Fühlen	Mehr Kontrolle, Stolz	Stolz, Kontrolle	Kontrolle, Stolz		
	Messbarkeit	Weniger Selbstverletzung	Selbstverletzungs-reduktion	Selbstverletzungs-reduktion		
		Weniger Blut, Infektionsrisiko	Reduktion des Gesundheitsrisikos	Gefahrenreduktion		
	Werte	Anderen nicht mehr vor den Kopf zu stoßen	Weniger zwischenmenschliche Konflikte	Steigerung interpersoneller Konflikte		
	Umfeld	Er muss nicht mehr über Katzen reden die er weder besitzt noch mag (hat immer vorgegeben, die Katzen hätten die Arme zerkratzt)	Muss nicht mehr (Not)lügen	Steigerung interpersoneller Konflikte		
	Verlust	Im Moment noch das Mittel der Wahl	Selbstverletzung als Bewältigungs-mechanismus	Bewältigungsfunktion		

## 9.3.2.4 Interpersonale Ziele

Fall, Ziel-nummer	Fragentitel	Paraphrase (Originaltext)	Generalisierung	Reduktion	Kategorie	Bemerkung
19,1	Überschrift	Beziehungsfähig zu sein	Beziehungsfähigkeit	Beziehungsfähigkeit	<b>Interpersonale Ziele</b>	Zusammenhang mit Vertrauen, Glück, Sicherheit, Beziehungsstabilität, aber auch "Ich-Verlust" antizipiert
	Verhalten	Eine tragfähige Beziehung führen zu können	Tragfähige Beziehung	Beziehungsstabilität		
	Denken	, Kann Partner problemlos weggehen lassen, muss nicht mehr überall mit —	Vertrauen zum Partner, verlassen können	Vertrauen		
	Fühlen	Glücklich, zufrieden, sicher	Glück, Zufriedenheit, Sicherheit	Glück, Sicherheit, Zufriedenheit		
	Messbarkeit	Über mehrere Jahre eine Beziehung führen	Lang anhaltende Beziehung	Beziehungsstabilität		
	Werte	Das höchste Ziel: , zusammen alt werden —	Zusammen alt werden	Beziehungsstabilität		
	Umfeld	Zufrieden sein, glücklich	Zufriedenes, glückliches Umfeld	Zufriedenheit		
	Verlust	Mein Ich	Antizipierter "Ich-Verlust"	Ich-Verlust		



9.3.2.5 *Symptombewältigung (PTBS bspw)*

Fall, Zielnummer	Fragentitel	Paraphrase (Originaltext)	Generalisierung	Reduktion	Kategorie	Bemerkung
16.2	Überschrift	Thema Vergewaltigung so aufarbeiten, dass sie beziehungsfähig wird	Traumaintegration für Beziehungsfähigkeit	Traumaintegration für Beziehungsfähigkeit	<b>Symptombewältigung</b>	PTBS-Symptomreduktion im Zusammenhang mit Beziehungsfähigkeit, und -stabilität, Selbstbewusstsein
	Verhalten	Nicht ständig wechselnde Sexualpartner haben; weniger Angst vor Männern haben	Reduktion Promiskuität, Angst vor Männern	Reduktion von Promiskuität und Ängsten		
	Denken	Dass sie (Männer) nicht nur das eine wollen	Weniger Vorurteile Männern gegenüber	Weniger Vorurteile		
	Fühlen	Glück	Glück	Glück		
	Messbarkeit	Eine stabile Beziehung; Treu sein	Beziehungsstabilität, Treue	Beziehungsstabilität, Treue		
	Werte	Keine Schmerzen mehr; Sexualität genießen können	Schmerzfreiheit, Wohltuende Sexualität	Schmerzfreiheit, Wohltuende Sexualität		
	Umfeld	Attraktiver für andere, Selbstbewusster	Attraktivität, Selbstbewusstsein	Attraktivität, Selbstbewusstsein		
		Angst vor Menschen	Soziale Ängste	Soziale Ängste		
	Verlust	Schmerzen	Schmerzfreiheit	Schmerzfreiheit		

Anmerkung: Die Originaltextstellen entsprechen der Zuweisung der Patienten zu den Fragen nach Verhalten, Gedanken etc., stellenweise werden keine konkreten Verhaltensweisen sondern Gedanken benannt oder keine Werte, sondern Wünsche/ Phantasien (bspw. Ex-Freundin zurück gewinnen als "Wert"), es wurden diese Zuweisungen beibehalten; Einige Kategorien enthalten mehr als ein Beispiel, um auch sehr unterschiedliche Aussagen darzustellen

## 9.4 Qualitative Auswertung der Veränderungen und Wirkfaktoren

### 9.4.1 Kodierregeln für die Kategorisierung der Veränderungen

Kategorienname	Definition	Beispiel für eine Unterkategorie (Auswahl)	Positive bzw. negative Nennung	Paraphrase: Beispiel	Textpassage
Symptombewältigung	Alle Aussagen, die sich auf spezifische Symptome (im Rahmen Achse I- Störungen) beziehen: PTBS, Panik, Depression, Zwang, Substanzmissbrauch- oder abhängigkeit und andere werden jeweils zugeordnet.	Symptome im Rahmen Zwangsstörung	-	Zwangsverhalten nahm zu	"Ich wasch mir ganz oft die Hände, ja und kontrollier oft was nach, ich kontrollier drei mal bevor ich raus gehe, ob der Herd aus ist, ob ich abgeschlossen habe {...} Das ist mehr geworden." P10, 76
		Symptome im Rahmen Essstörung	+	Behandlung der Essstörung mittels Wiegen, Essprotokollen	"Wir haben irgendwie ein halbes Jahr lang an dem Essen geschraubt und draufhin gearbeitet, und, ahm, ich hab dann angefangen, Essprotokolle zu schreiben. Sie wiegen mich einmal die Woche, ahm, ja das war ganz faszinierend. Also ich hab jetzt ungefähr seit vier Wochen glaub ich, oder so, so endlich, glaub ich, die Kurve gekriegt, dass ich essen kann. Das auch alles da bleibt, wo's sein soll." P 11, 4
Selbstverletzung/ Parasuizidalität	Alle Aussagen, die selbstverletzendes und suizidales Verhalten und Denken beinhalten.	keine Unterkategorie	+	weniger Suizidgedanken	"...und das ich dann keine Lust mehr hatte zu leben und begann Suizidpläne zu schmieden und so. Zum Schluss war das völlig Weg, also die Gedanken kommen halt oft noch so, aber das ich mich da drin verstricke, ist nicht so, ist eigentlich ein Stück schon, ein ¼ Jahr nicht mehr so vorgekommen." P 24, 27
Selbstentwicklung	Alle Aussagen, die sich auf Aspekte der Selbstentwicklung beziehen: Nennungen, die die Bedeutung von beruflicher Entwicklung, Wohlbefinden, Lebenssinn, Alltagsorganisation, Selbstwert, - vertrauen, -bewusstsein, -verwirklichung werden entsprechend zugeordnet	Berufliche Entwicklung	+	in Ausbildung, Zwischenprüfung überstanden, aus- und durchhalten	"Ich bin in der Ausbildung zur Bibliothekarin, ich halte mehr aus, halte durch, habe gerade die Zwischenprüfung überstanden, die Arbeit in der Bibliothek macht mir Spaß" P18, 12
Interpersonale Ziele	Alle Aussagen, die die Bedeutung sozialer Beziehungen beinhalten.	Konfliktfähigkeit	+	kann ggü. Familie außerdem was mir nicht gefällt	"Gegenüber Familie würde ich sagen – kann ich jetzt eher auch einmal äußern, was mir nicht so gefällt. Vor allen Dingen das Verhältnis zu meiner großen Schwester war immer ziemlich schwer. Da konnten wir jetzt auch mal gute Gespräche führen. Hatte ich mal den Mut zu dazu, inzwischen." P 25, 6
		Nähe zulassen, vertrauen können	+	Selbstoffenbahrung gegenüber Partner	"Das ich offener mit meinem Lebenspartner sprechen kann. Also wenn es mir mal nicht gut geht, dass ich das schneller offenbaren kann" P12, 11
Gefühlsregulation	Alle Aussagen, die das Wahrnehmen und Verstehen von Gefühlen betreffen. Zuzuordnen entsprechend Wutbewältigung, Umgang mit Angst Schuld und Trauer, aber auch Gefühlsschwankungen und die Bewältigung von innerer Anspannung werden hier inkludiert.		+	Erhöhte Gefühls- und Situationsdifferenzierung, Akzeptanz, Zulassen von Gefühlen	"Also, es fällt mir leichter, mich nicht in, also in negativen Gefühlen hängen zu bleiben, also die ganze Therapie hat mir glaub ich, viel dabei geholfen, also eher schnell Gefühle zu analysieren, sich darüber klar zu werden und ja, das dann einfach zu akzeptieren tatsächlich und die Sache einfach weiter laufen zu lassen. Also so, und das war mir früher nicht möglich, sobald ich irgend nen negativen Impuls bekommen hab, ne Cestik irgend ne Mimik, was ich als Ablehnung oder irgendwas, wie das, interpretiert habe, hat mich sofort runter gezogen und so weiter, ja da bin ich irgendwie kleines Stück raus gewachsen, also es ist nicht weg, aber es ist besser geworden." P 24, 25
undefiniert, zu allgemeine Aussagen	Alle Aussagen, die keiner Kategorie zugeordnet werden können oder zu allgemein formuliert wurden		+	fühle mich viel besser, ganz pauschal, Therapie half	"I: Hat denn die Therapie Ihnen irgendwas gebracht? Hat sich irgendwas verändert? P: Ich fühle mich viel besser. Also so ganz, ganz pauschal...ich glaube, sie hat mir super geholfen." P 19, 6
Bemerkung: Positive Aussagen sind mit + markiert und beziehen sich auf Aussagen, aus der eine erreichte Veränderung benannt wird, negative Aussagen, mit - gekennzeichnet beziehen sich auf Aussagen, die eine Verschlechterung oder gewünschte, nicht jedoch erreichte Veränderungen beinhalten					

## 9.4.2 Kodierregeln für die Kategorisierung der Wirkfaktoren

**Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)**  
Definition

**Ankerbeispiel**

### 1. Therapiespezifische Techniken (HK, E1)

Definition: Es handelt sich hierbei um therapieschulenspezifische Vorgehensweisen, wie sie in Psychotherapiemanualen beschrieben werden. In vorliegender Studie sind die Manuale von Linehan (1996, 2006) und Bohus (2000) von Bedeutung. Dabei leiten technische Faktoren die Therapeuten an, ihren therapeutischen Ansatz auszuüben. Bspw. sind Verhaltensanalysen klassische technische Faktoren, die das (Problem-) Erleben des Patienten helfen zu strukturieren. Beachte: Obwohl inzwischen auch Strategien zur Herstellung einer therapeutischen Beziehung als technische Faktoren bezeichnet werden, sollen diese hier NICHT mit inkludiert werden, dafür gibt es die Kategorie „Therapeuten-Patienten-Interaktion“ (wenn bspw. über „Validierungsstrategien“ in der DBT Pat. erleben, dass sie sich mit dem Therapeuten wohl oder anerkannt fühlen.)

#### 1.1 Problemlösungsstrategien "Was" (UK, E2)

##### 1.1.1 Definierte Fertigkeiten (UK, E3)

Alle Codierungen, die klar eine konkrete Fertigkeit beschreiben, die der Pat. in seinem Alltag oder in der Therapie ausübt, bspw. sich ablenken, mit jemandem telefonieren, basteln, Sudoku, Achtsamkeitsübungen etc., das müssen nicht alles explizite DBT-Fertigkeiten sein (weil DBT-orientiertes Vorgehen). Die Strategien sollen den DBT-Modulen entsprechend kategorisiert werden: Selbstwert-, Achtsamkeits-, Stresstoleranz-, Emotionsregulations-, Zwischenmenschliche Strategien

*„aber mit hoher Anspannung und so hab ich schon zu kämpfen und ich versuch jetzt mir selbst irgendwelche Skills, mit der Frau A z.B. hab ich, oder, also was ich früher mal gemacht hab, wenn's so schlimm wird, also, dass ich halt raus gehe und durch die Gegend spazierte so“ P24, 129*

##### 1.1.2 Lösungsvorschläge (UK, E3)

Ähnlich 1.1.1, es werden hier aber KEINE konkreten Fertigkeiten benannt, es handelt sich um allgemeinere Aussagen dazu, dass der Therapeut etwas Konkretes, Hilfreiches mitgegeben hat, Handlungsanleitungen oder Problemlösungsvorschläge anbot, ohne diese genau zu definieren.

*„...und dann noch dazu ein paar Lösungsansätze kommen“; "zum Ende der Stunde halt auch mal und was kann man da jetzt machen und das ich dann tatsächlich mal einen Lösungsansatz habe für das nächste Mal." P24, 103*

#### 1.2 Therapeutische Vorgehensweise "Wie" (UK, E2)

##### 1.2.1 Strukturierungstechniken (UK, E3)

Es sind wahrgenommene Vorgehensweisen gemeint, die die Art und Weise des Therapeuten in Bezug zu Therapiezielen beschreiben. Es ist das WIE des therapeutischen Vorgehens gemeint. Es handelt sich hier um Strategien, die helfen den Therapieprozess (Sitzungsablauf, Therapieablauf, Erleben des Patienten etc.) zu strukturieren. Unterschieden werden dabei formale (betrifft Therapie- und Sitzungsablauf) und inhaltliche Vorgehensweisen (Erleben des Patienten, Problembeschreibungen etc.)

##### 1.2.1.1 Inhaltliche Strukturierungstechniken (UK, E4)

##### Gemeinsame Problem- und Lösungsanalysen (UK, E5)

Verhalten- oder Gefühlsanalysen, die das individuelle Erleben auf Gedanken-, Gefühls-, Verhaltensebene strukturieren helfen.

*"Das heißt, dann geht es eben in die Richtung, ist es eher Verhalten, ist es eher ne Emotion, wo würde man ansetzen (...) kategorisieren (...) das half mir sehr, dieses Emotinen sozusagen auf einer Kopfebene betrachten..." P 6, 58*

Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)  
Definition

Ankerbeispiel

*Fortsetzung 1.2.1.1 Inhaltliche Strukturierungstechniken (UK, E 4)*

**Protokolle: Diary Card, Essprotokolle (UK, E 5)**

Wochenprotokolle ("diary cards") oder Essprotokolle, die der Pat. ausfüllt, um rückblickend zu erfassen, was er wann erlebte, machte.

*"Das"Also, was ich in Therapie auch ganz gut fand, waren die Wochenprotokolle, wo man auch immer Anspannung, was hat man, Skills, Drang...die fand ich immer ganz gut für mich, als Übersicht der Woche." P3, 82*

**Psychoedukation (UK, E 5)**

Vermittlung störungsspezifischen Wissens durch den Therapeuten

*"meine Therapeutin hatte mir öfters mal so gewisse Verhaltensweisen erklärt, die bei Borderlinern halt typischerweise vorkommen. Und dann hat mir das ja, das intellektuelle Verständnis auch geholfen, dass ich mir selber nicht mehr so krank vorkomme." P21, 68*

**Positives Feed Back (UK, E 5)**

Erfahrene positive Verstärkung durch den Therapeuten.

*"Ja, schon so diese positive Rückmeldung. Das ist schon, auch wenn's irgendwie lächerlich wirkt, so, irgendwie: "Sie haben aber tolle Skills!" Also das ist ja schon auffällig, aber das ist schon gut, ja." P 9, 176*

**1.2.1.2 Formale Strukturierungstechniken (UK, E 4)**

**Regelmäßigkeit (UK, E 5)**

Benannt wird die Regelmäßigkeit der Sitzungen, Termine.

*"Oder das es regelmäßig war. Dadurch kommt ja auch die Struktur" P23, 517*

**Klare Regeln (UK, E 5)**

Absprachen zwischen Therapeut und Patient, vereinbarte Regeln, Behandlungsvereinbarungen, Therapievertrag.

*"na es hat mir halt einfach Sicherheit gegeben, dass ich da so nen Zettel hatte, wo ich draufgucken konnte, was jetzt von mir erwartet wird und was nicht. Also ich, es hat die Situation für mich einfach ein Stück weit berechenbarer gemacht. Und hat mir halt Sicherheit dadurch gegeben." P21, 80*

**Roter Faden, Zielorientierung (UK, E 5)**

Roter Faden wird explizit benannt, bezogen auf Therapiekonzept, Ziele etc..

*„ja, und das ich bei ihm auch das Gefühl habe, dass es einen roten Faden gibt in diesem ganzen Therapieverlauf“ P24, 57*

**Sitzungsstrukturierung (UK, E 5)**

Explizit nur die Strukturierung der Sitzungen durch den Therapeuten.

*"überhaupt diese Struktur in der Einzel, das war ganz stark ein Faktor..." P16, 127*

Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)  
Definition

Ankerbeispiel

#### Fortsetzung 1.2.1.2 Formale Strukturierungstechniken (UK, E 4)

##### Kontingenzmanagement (UK, E5)

Einsatz von Verstärkern (negativ oder positiver Art) im Therapieverlauf, bspw. Kontingenz bei Selbstverletzung oder Suizidversuchen, wie sie vom Pat. erlebt werden.

*"Auf jeden Fall hatten wir dann Therapiepause. I. Warum? P: Ja weil ich mich nicht an den Vertrag gehalten hab." P13, 209; Also, wenn ich zu spät komme, dann muss ich in ein Konto was legen, was ich später wieder kriege. Aber dass tatsächlich Dinge eine Relevanz bekommen irgendwie und eine Konsequenz." P19, 186*

#### 1.2.2 Erlebnis- und Emotionsorientierte Techniken (UK, E3)

Aussagen, die sich auf Strategien beziehen, die emotional aktivierend, auf Emotionen bezogen oder erlebnissaktivierend wirken.

##### 1.2.2.1 Rollenspiele (UK, E4)

Es werden Rollenspiele benannt, hier jedoch nicht inkludiert werden Stuhlübungen, da u.U. Unterschiedliches gemeint wird.

*"Rollenspiele waren unterstützend {...} hat Spass gemacht, war interessant zu sehen, wie sich so etwas entwickeln konnte." P4, 134*

##### 1.2.2.2 Emotionsbezogene Techniken (UK, E4)

Konkrete Techniken wie Imaginationsübungen, Stuhlarbeit, Arbeit mit dem inneren Kind werden benannt. Weitere Emotionen fokussierende Techniken sollen hier nicht inkludiert werden, da - je nach Definition - keine klaren Definitionskriterien im Rahmen dieser Arbeit formuliert werden könnten (bspw. zielt auch die Arbeit mit Gefühlsprotokollen darauf ab, wird hier jedoch nicht erfasst, da eher kognitive Arbeit).

*"...doch irgendwie sehr hilfreich war, bestimmte Imaginationsübungen oder eben diese Stuhlgeschichte..." P6, 68*

#### 1.2.3 Visualisierungen: Flipchart, Bilder, Metaphern (UK, E3)

Aussagen, die auf eine verbildlichende Herangehensweise abzielen, bspw. die Arbeit mit dem Flipchart oder Metaphern.

*"...war es immer wiederkehrend so ne Metapher vom Löwen mit dem ich, um zu erklären, warum ich unter Anspannung gerate in Situationen..." P24, 67*

#### 1.2.4 Hausaufgaben (UK, E3)

Vom Therapeuten oder Trainer aufgetragene Alltagsübungen, Hausaufgaben werden hier erfasst.

*"Ja, so kleine Hausaufgaben oder so, is total super. Also, zum Beispiel 5 Murmeln in die Hosentasche und im Laufe des Tages müssen die in die linke Hosentasche wandern {...} muss ich mir irgendwas Gutes tun" P1, 118*

**Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)**  
Definition

**Ankerbeispiel**

## **2. Therapeutische Sozialkompetenz und Persönlichkeit "Soft Skills" (HK, E 1)**

Hier werden alle Eigenschaftszuschreibungen, die dem Therapeuten aus Patientenperspektive zugewiesen werden, kodiert. Diese Beschreibungen sollen nur mit dem Therapeuten zu tun haben. Der Patient beschreibt aus seiner Perspektive wie der Therapeut auf ihn wirkt. Beachte: Es wird hier explizit nicht zwischen „States“ und überdauernden „Traits“ unterschieden. Hier zeigt sich der Therapeut- bewusst oder unbewusst- mit seinem eigenen Stil, Fähigkeiten, Eigenheiten, „Schrullen“, die ihn in seiner Person- auch ohne Profession- ausmachen. Entweder den bestehenden Unterkategorien zuweisen oder eine eigene Unterkategorie bilden, wenn eine neue Eigenschaft benannt wird.

### **2.1 Therapeutische Soft Skills (UK, E2)**

#### **2.1.1 Empathie (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Empathie beziehen.

*„Also, sie ist in erster Linie sehr empathisch, sie kann sich unglaublich gut in jemanden einfühlen,“ P16, 93*

#### **2.1.2 Verständnis zeigen, Akzeptanz (UK, E3)**

Alle Aussagen, die Verständnis und Akzeptanz benennen.

*"Das Verständnis ist in allererster Linie das Wichtigste, dieses gezeigte Verständnis. Und aber nicht nur gespielt, sondern aufrichtiges Verständnis" P16, 164*

#### **2.1.3 Aktives Zuhören (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Aktivem Zuhören beziehen, die verschiedenen Reflektionsstufen umfassend.

*"...allein irgendwie durch das, wie sie wiedergegeben hat, wie sie's verstanden hat, und wie sie's eben aus mir herausgekitzelt hat, ..." P9, 78*

#### **2.1.4 Kompetenz ausstrahlen (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Kompetenz beziehen.

*"Sie wirkte auf mich sehr kompetent." P12.100*

#### **2.1.5 Offenheit/ Selbstoffenbarung (UK, E3)**

Selbstoffenbarung des Therapeuten meint das Zeigen eigener Gefühle, Unsicherheiten, berichten von eigenen Erfahrungen, Zeigen von Betroffenheit.

*„Also, die waren jetzt halt auch nicht so verschlossen gewesen, also die waren halt offen“ P9, 116; „und hat auch viele eigene Probleme, Sachen eingebracht so, das empfand ich auch als sehr hilfreich“; "das sie zugeben konnte und sagen, da war eine Grenze" P14, 101*

### **2.2 Persönlicher Fingerabdruck (UK, E2)**

#### **2.2.1 Authentizität (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Authentizität beziehen.

*"Ich mag sie, weil sie aufrichtig sie selbst ist und nicht versucht, irgendwas anderes zu sein." P27, 54*

#### **2.2.2 Bemühen, persönliches Engagement (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf ein Bemühen, Engagement des Therapeuten beziehen.

*"war sehr motiviert gewesen und hat auch nicht so schnell aufgegeben {...} wirklich sehr bemüht gewesen, dass ich halt immer wiederkomme" P9, 69*

#### **2.2.3 Gelassenheit, Ruhe (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Gelassenheit, Ruhe beziehen.

*"also vom Prinzip, dass sie wirklich ne Ruhe ausstrahlt" P15, 112*

Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)  
Definition

Ankerbeispiel

**Fortsetzung 2.2 Persönlicher Fingerabdruck (UK, E 2)**

**2.2.4 Lebendigkeit, Aktivität, Kreativität (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Lebendigkeit, Aktivität, Kreativität des Therapeuten beziehen.

„...manchmal auch 'n bisschen lebendiger, und das fand ich halt auch motivierend, ...“  
P 9, 116

**2.2.5 Humor (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Humor beziehen.

"Die hat halt viel Humor und das fand ich halt super" P1, 125

**2.2.6 Allgemeine Bewertung (UK, E3)**

Allgemeine Aussagen, die sich auf Eigenschaften des Therapeuten beziehen, jedoch nicht konkret und spezifisch benannt werden.

„Jeder macht's ja anders. Jeder hat ja seinen persönlichen Fingerabdruck in der DBT. Und das ist schon sehr interessant und auf jeden Fall auch hilfreich.“ P16, 179

**3. Beziehungs- und Balancefaktoren (HK, E1)**

Kategorie als vermittelnd zwischen Therapeut und Patient bzw. zwischen Patient und Technik zu verstehen (Balance zw. Therapeut und Technik aus Patientenperspektive nur indirekt wahrnehmbar, bspw. über erlebte Direktivität oder Methodenanpassung durch Therapeut)

**3.1 Beziehung: Therapeut-Patient-Interaktion (UK, E2)**

Es werden Codierungen inkludiert, die auf die Begegnung, die Interaktion zwischen Patient und Therapeut fokussieren. Das WIR der Therapie umschreibt das was stattfindet, wenn beide Personen in ihrem Aufeinandertreffen etwas bewirken, eine Beziehung entsteht, etwas Gemeinsames. Gut daran erkennbar, dass bspw. ein „Wir“ im Zitat vorkommt oder ein „bei ihm fühlte ich mich anerkannt und angenommen“.

**3.1.1 Bewertung der Beziehung zum Therapeuten (UK, E3)**

"ich fühl mich da gut aufgehoben so" P23, 269; "wir harmonieren miteinander und kommen uns entgegen" P20, 77

**3.1.2 Wirkung der Interaktion (UK, E3)**

"Er hat mich dazu gekriegt, dass ich den Willen habe, die Therapie zu machen" P18, 25

**3.1.3 Positive Identifikation mit Therapeutin (UK, E3)**

"Es ist eine positive Spiegelung. Also, sie ist ein sehr fairer und guter Spiegel, was man ja auch braucht, in einem Therapeuten. Und das ist wirklich gut." P16, 93

**3.2 Balance aus Therapieleitfaden und Patient (UK, E2)**

Aussagen, die sich auf eine Anpassung des individuellen Erlebens des Patienten auf den Therapieleitfaden beziehen oder umgekehrt. Dabei werden auch Meinungsverschiedenheiten von Therapeut und Patient hinsichtlich des Vorgehens oder ein direktives Vorgehen des Therapeuten oder ein die Selbstverantwortung des Patienten fokussierendes Handeln des Therapeuten eingeschlossen

**3.2.1 Methodenanpassung vs. -konformismus (UK, E3)**

"zunächst auch die Protokolle {...} wir haben das modifiziert, weil ich ja kein selbstverletzendes Verhalten mehr habe, schon lange. Deshalb haben wir das regelmäßig modifiziert und angepasst auf andere selbstschädigende Verhaltensweisen oder Gedankenmuster." P27, 58



Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)  
Definition

Ankerbeispiel

**Fortsetzung 3.2 Balance aus Therapieleitfaden und Patient (UK, E 2)**

**3.2.2 Direktivität (UK, E3)**

Nennungen, die sich auf ein direktives, aktives Vorgehen des Therapeuten in der Therapiesitzung beziehen.

*"Der hat mir erzählt, irgendwie in den Sitzungen (Intervision, Anm.) haben andere Therapeuten schon zu ihm gesagt, er soll aufhören, mich damit (Essstörung, Anm.) zu quälen. Aber ich bin ganz froh, dass er das, dass wir das trotzdem weiter so gemacht haben." P11, 136*

**3.2.3 Meinungsverschiedenheiten (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Meinungsverschiedenheiten oder Konflikte zwischen Therapeut und Patient beziehen.

*"...sind wir auch öfter mal anderer Meinung. Stunden, wo es besonders emotional war sagt er jetzt zum Schluss: gut mitgemacht! Und ich empfinde genau das Gegenteil- war ja furchtbar! P25, 62*

**3.2.4 Selbstverantwortung des Patienten forcieren (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf die die Stärkung von Selbstverantwortung/ Entscheidung des Patienten durch den Therapeuten beziehen.

*"...das er halt neutral geblieben ist, und nicht gesagt hat findet es gut/ findet es schlecht, sondern eher so, dass es meine Verantwortung ist, ja?" P3, 64*

**4. Klientenbezogene Faktoren (HK, E1)**

Hier finden sich Kodierungen, die beschreiben wie der Klient sich subjektiv selbst eingebracht hat, was er dazu beigetragen hat oder nicht beigetragen hat, damit sich Veränderungen einstellten oder nicht einstellten. Neben Persönlichkeitseigenschaften werden bestimmte Fähigkeiten, Umfeldeinflüsse aber auch Wirkfaktoren beschrieben, die eigene Ressourcen oder Hindernisse benennen, die der Patient in seinem Umfeld oder auch aus sich selbst heraus erlebt.

**4.1 Umfeldeinflüsse (UK, E2)**

**4.1.1 Soziale Unterstützung (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf Aspekte sozialer Unterstützung beziehen.

*"...meine Schwester war die einzige, die Bescheid wusste (über die Therapie). Und seitdem meine Mutter es weiß, nervt sie mich noch mehr..." P2, 243*

**4.1.2 Berufliche Entwicklung (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf berufliche Faktoren beziehen.

*"und es ist viel durch die Arbeit gekommen, muss ich sagen...ja, weil ich dadurch auch einfach wieder die Struktur im Tag hab." P3, 36*

**4.1.3 Medikamente (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf Veränderungen im Zusammenhang mit Medikamenten beziehen.

*"Ja, auf jeden Fall, ich muss dazu sagen, da kommt noch mit dazu dass ich Ritalin nehme seit ungefähr Februar, ja, das hat auch noch mal nen entscheidenden, äh, ja. P24, 21*

**4.1.4 Lebensereignisse (UK, E3)**

Alle Aussagen, die sich auf bestimmte Lebensereignisse beziehen.

*"Das Kind, die Geburt vom Kind..." P27, 140*



Kategorien (HK = Hauptkategorie, UK = Unterkategorie, E = Ebene)

Definition

Ankerbeispiel

---

*Fortsetzung 4. Klientenbezogene Faktoren (HK, E 1)*

**4.2 Klientenfaktoren (UK, E 2)**

**4.2.1 Können: Eigene Fähigkeiten, Ressourcen (UK, E 3)**

Alle Aussagen, die sich auf subjektiv wahrgenommene Fähigkeiten, Ressourcen des Patienten beziehen.

*"Ja, ich mach halt so Meditationszeugs, mach ich halt ziemlich öfters...also das hab ich schon mitgebracht, so." P1, 165*

**4.2.2 Wollen: Eigenes Engagement, Wille, Bereitschaft (UK, E 3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Wille, Engagement und Bereitschaft zur Veränderung beziehen.

*"Ja, dieser Wille, das tatsächlich halt, tatsächlich etwas ändern wollen, das is so das Entscheidende, dass man tatsächlich sieht, dass da etwas ist, was man ändern will und da tatsächlich dann, dass dieser Wunsch größer ist als die Unbequemlichkeit..." P6, 110*

**4.2.3 Blockierende Gefühle, Zustände (UK, E 3)**

Alle Nennungen, die subjektiv wahrgenommene Aspekte inneren Erlebens beziehen, die die Therapie oder mögliche Veränderungen zeitweise oder dauerhaft blockierten.

*"ich bin so sauer darüber gewesen, dass ich überhaupt eine Therapie machen muss... Also meine extreme Feindseligkeit, dass ich da einfach jemand war, der nicht aufgemacht hat, dass ich das gar nicht wahrgenommen habe" P19, 212, 236*

**4.2.4 Hoffnung (UK, E 3)**

Alle Aussagen, die sich auf die Bedeutung von Hoffnung als Aspekt der Veränderung beziehen.

*"Also, dieses dran glauben ist, glaub ich, auch das Wichtigste, das man denkt, es funktioniert schon." P 6, 110*

### **9.4.3 Ergebnisdarstellung im MAXQDA 10**

#### **9.4.3.1 *Darstellung 1: Screenshot des MAXQDA 10: Dokumente, Texte, Code-Überblick und Codierungen***

Im MAXQDA-10 können hierarchische Kategoriensysteme konstruiert werden, die wie eine Baumstruktur visualisiert werden („Liste der Codes“). Im Dokument-Browser können die Texte markiert und kodiert werden, auch Doppelkodierungen sind möglich. Die „Liste der Dokumente“ enthält die Interviews im Überblick.

The screenshot displays the MAXQDA 10 Code-Matrix-Browser interface. The top pane shows a document titled 'Dokument-Browser: 16' with German text. The bottom pane shows the 'Liste der Codes' (List of Codes) with a matrix of counts for each code across different documents.

**Document Text (Dokument-Browser: 16):**

Also in erster Linie erstmal das Verständnis. Das Verständnis ist in allererster Linie das Wichtigste: dieses gezeigte Verständnis. Und aber nicht nur gespielt, sondern aufrichtiges Verständnis, äh Einfühlung und dann einfach auch Nachfragen und dann auch das Weitertragen, was man aus dieser Situation eben auch äh... an Schönerm auch rausziehen kann. Oder was ich da auch erlebt hab was da schön war, oder... Es gibt ja manche Situationen die Krisen sind, da ist gar nichts Schönes dabei, z. B. wenn ich selber so sauer bin auf jemanden, dass ich ihn umbringen könnte und sagen wir mal, ne Tür zerhaue oder so, das passiert ja auch, und da ist dann gar nichts Schönes. Aber, da gibt's dann... das ist ja auch ne andere Situation. Ähm, aber es ist dann wieder so, dass da dann, bei so

**Liste der Codes (List of Codes):**

- Therapeutische Person und
  - (definierte) Therapeutische Soft Skills
    - Kompetenz ausstrahlen
    - offenheit/ Selbstoffenbarung
    - Aktives Zuhören
    - Verständnis, Akzeptanz, ernst
    - Empathie
  - Persönlicher Fingerabdruck
    - Authentizität
      - Bemühen, persönliches Engagement
      - Gelassenheit, Ruhe
      - allgemeine Bewertung
      - Humorvoll
      - Lebendigkeit, Aktivität, Kreativität
    - Bindungs- und Balancefaktoren (Bonding)
      - Balance Patient - Leitfaden
      - Direktivität/Konsequenz
      - Methodenanpassung-vs.-Meinungsverschiedenheiten
      - Selbstverantwortung des Pat.
    - Therapeut-Patient-Interaktion
      - Restkategorie
      - Klient und Umfeld
      - Klientenfaktoren
        - WOLLEN: Engagement, Wille und KÖNNEN: Fähigkeiten, Ressourcen
        - Hoffnungsfaktoren
        - hemmende Gedanken, Gefühle, Umfeld, Ereignisse

**Liste der Codings (List of Codings):**

- 16
  - Wirkfaktoren
    - 141-150
    - Balance
    - Bindungs
    - Direktiv
    - direktiv
    - resolu

**Liste der Dokumente (List of Documents):**

Code	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
2	49																	
3	53																	
4	30																	
5	30																	
6	57																	
7	32																	
8	29																	
9	62																	
10	28																	
11	45																	
12	50																	
13	29																	
14	62																	
15	49																	
16	128																	
17	51																	
18	31																	
19	83																	

#### 9.4.3.2 Codesystem\_Veränderungen und Wirkfaktoren innerhalb erstem Therapiejahr (MAXQDA 10: Code-Matrix-Browser)

Codesystem														
B0906...   B2609...   C0305...   D0709...   F1510...   G0911...   G1101...   H1106...   K0304...   K0506...   K0802...   K0911...   K1304...   L0408...														
Veränderungen nach 1 Jahr	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
undefiniert, zu allgemeine Aussagen														
Spezifische Symptome/Achse I														
Selbstverletzung/Parasozialität														
Selbstbezogene Ziele	4	1	1	3	3	3	5	1	3	2	1	5	3	3
Interpersonale Ziele	9	3	2	3	7	1	2	8	3	6	7	1	7	7
Gefühlsregulation	5	1	1	2	4	1	1	4	4	9	1	2	2	2
Wirkfaktoren														
Therapiespezifische Techniken														
Therapeutische Vorgehensweise														
Hausaufgaben	2		2		2	1		1	1		1	1	1	1
Erlebnis-emotionsbezogene Techniken	2		1							1	2	1	1	1
Visualisierungen, Metaphern										1	1			
Strukturierung	5	7	10		1	9	3	7	7	5	6	7	1	8
Problemlösungsstrategien														
Lösungsvorschläge-undefiniert	4	1			2				3					4
DBT-Fertigkeiten, definiert														
Selbstwert	1		1								1			
zwischenmenschliche Skills zur	1	1			1									2
Emotionsregulationsstrategien	2	1	2											3
Stresstoleranzstrategien	1	4	1		1	1	1							2
Achtsamkeitsstrategien	2		3		3	1	3							1
Therapeutische Person und Sozialkompetenz														
(definierte) Therapeutische Soft Skills														
Kompetenz ausstrahlen	2				1									3
Offenheit/ Selbstoffenbarung			1											
Aktives Zuhören	2		2	1										2
Verständnis, Akzeptanz, ernst nehmen														
Empathic														
Persönlicher Fingerabdruck														
Authentizität														
Bemühen, persönliches Engagement	1	2	2	1	1	1	3							1
Gelassenheit, Ruhe														
allgemeine Bewertung														
Humorvoll	1		1											3
Lebendigkeit, Aktivität, Kreativität			1											1
Bindungs- und Balancefaktoren (Bonding)														
Balance Patient - Leitfaden														
Direktivität/Konsequenz	1	2	9	1	1	3								3
Methodenanpassung-vs. -konformismus		5	3											1
Meinungsverschiedenheiten		1												

Große Datenmengen können systematisch analysiert und dargestellt werden. Hier wird bspw. die Anzahl der Nennungen für die jeweiligen Wirkfaktoren den Chiffren zugeordnet. Dies ermöglicht eine deskriptive Darstellung, aber auch die Verknüpfung qualitativer und quantitativer Befunde.

## 10. Quantitative Erhebung und Auswertung

### 10.1 Patientenfragebögen

#### 10.1.1 MSI-BPD – McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

- |  |                                 |                                   |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Wurde jemals eine Ihrer engsten Beziehungen durch häufige Streitigkeiten oder wiederholte Trennungen beeinträchtigt?  | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 2. Haben Sie sich jemals absichtlich verletzt (z.B. geschlagen, geschnitten, gebrannt)? Haben Sie jemals einen Suizidversuch unternommen?  | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 3. Haben Sie in mindestens zwei weiteren Bereichen Probleme mit impulsivem Verhalten gehabt (z.B. Essattacken, Einkaufsorgien, exzessives Trinken, Zornesausbrüche)?   | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 4. Sind Sie extrem launisch?   | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 5. Sind Sie häufig sehr ärgerlich? Handeln Sie häufig aus einem Gefühl von Ärger heraus oder machen Sie häufig spöttische Bemerkungen?   | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 6. Sind Sie oftmals anderen gegenüber misstrauisch?  | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 7. Fühlen Sie sich häufig unwirklich oder so, als ob die Dinge in Ihrer Umgebung unwirklich wären?   | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 8. Fühlen Sie sich häufig leer?  | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 9. Haben Sie oftmals das Gefühl, nicht zu wissen, wer Sie sind, bzw. keine Identität zu haben?   | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |
| 10. Haben Sie schon einmal verzweifelte Anstrengungen unternommen um Verlassenwerden, bzw. das Gefühl von Verlassenwerden zu vermeiden (z.B. Personen angerufen, um sicher zu gehen, dass Sie diesen immer noch wichtig sind; diese angefleht Sie nicht zu verlassen; sich auch körperlich an diese geklammert)? | <input type="text" value="JA"/> | <input type="text" value="NEIN"/> |

### 10.1.2 LPC – Lifetime Parasuicide Count

## Kurzinterview zu selbstschädigendem Verhalten

Patientinnen-Code: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Anleitung:

Wir werden jetzt über die Selbstverletzungen und Suizidversuche sprechen.

Bitte denken Sie an Zeiten, in denen Sie sich absichtlich verletzt haben. Dies kann viele Dinge umfassen, z.B. sich schneiden oder verbrennen, eine Überdosis Tabletten nehmen oder sich mit dem Kopf stoßen. Rauchen, Trinken oder Magersucht, die zwar nicht harmlos sind, aber auch nicht akut gefährlich, gehören hier nicht dazu. Wenn Sie aber absichtlich hungern, und Ihren Elektrolyt-Haushalt aus der Balance bringen, dann zählt das als Selbstverletzung.

Menschen haben verschiedene Gründe, wenn Sie sich selbst verletzen. Ich möchte Sie bitten, jede Selbstverletzung zu berücksichtigen, gleichgültig, ob es ein Versuch war, sich das Leben zu nehmen oder nicht.

Der LPC bezieht sich im Verlauf des zweijährigen Meßzeitraumes auf verschiedene Zeitspannen, zu jedem Zeitpunkt muß die Häufigkeit der parasuizidalen Handlungen der letzten Monate einzeln erfaßt werden.

1. Haben Sie sich jemals selbst verletzt? JA ☐ NEIN ☐

NEIN Weiter mit Frage 3. a)

JA Weiter mit Frage 2. a)

2. a) Wann haben Sie sich zum ersten Mal absichtlich verletzt, wie alt waren Sie da?

b) Was haben Sie getan?

3. a) Haben Sie jemals in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen? JA ☐ NEIN ☐

Wenn ja, wann war das? \_\_\_\_\_

b) Haben Sie seitdem noch einen (oder mehrere) Suizidversuche unternommen? Wenn ja, wieviele und wann war das?

---

---

---

---

---

Es ist wichtig für uns, genau zu verstehen, was Sie getan haben, um sich selbst zu verletzen; was die Selbstverletzung ausgelöst hat und ob Sie eine medizinische Behandlung gebraucht haben.

Hier ist eine Aufstellung von verschiedenen Arten, wie Menschen sich verletzt haben.

Ich möchte jetzt mit Ihnen die Liste durchgehen und ich werde Ihnen dazu noch ein paar Fragen stellen.

Die Patientin erhält die Liste mit selbstschädigenden Verhaltensweisen, die einzelnen Items dieser Liste werden dann gemeinsam auf den folgenden Tabellen eingeschätzt.

Zeitraum sind die letzten zwei Jahre bzw. die Zeit seit dem letzten Interview und zwar für jeden Monat einzeln.

Wenn in den letzten zwei Jahren keine Selbstschädigung vorkam, müssen die letzten 5 Jahre erfragt werden; in diesem Zeitraum müssen mindestens zwei Selbstverletzungen oder ein Suizidversuch vorliegen, sonst erfüllt die Patientin nicht die Einschlußkriterien.

Die Fragen, die zu jeder Methode gestellt werden, sind:

1. Wie häufig haben Sie sich auf diese Weise verletzt?

- a) Hatten Sie die Absicht zu sterben?
- b) Waren Ihre Gefühle bezüglich Leben und Tod zwiespältig?
- c) Hatten Sie nicht die Absicht zu sterben?

2.

- a) Wie häufig waren Sie wegen der Selbstverletzung in medizinischer Behandlung?
- b) Welche medizinische Behandlung haben Sie dafür bekommen?

In den folgenden Tabellen werden für die Fragen

- 1a), 1b), 1c) und 2a) Häufigkeiten eingetragen, für
- 2b) die Art der medizinischen Behandlung.

Sich absichtlich schneiden

Mit Absicht eine zu hohe Dosis an Drogen oder Tabletten nehmen

Sich absichtlich Verbrennungen zufügen

Versuchen, sich zu strangulieren oder sich aufzuhängen

Hinabstürzen mit der Absicht, sich zu verletzen

Auf sich selbst schießen

Absichtlich giftige oder ätzende Mittel schlucken

Versuchen, sich zu ersticken

Versuchen, sich zu ertränken

Sich absichtlich stechen

Absichtlich den Kopf stoßen

Sonstiges



LPC - Matching

Methode		Häufigkeiten				Art der med. Behandlung(en)	
	Zeitschiene	Suizidale Absicht	Ambi-valent	Keine suizidale Absicht	med. Behandlung(en)		
Sich absichtlich schneiden							
	zurückliegender Monat:						
	vor 2 Monaten:						
	vor 3 Monaten:						
	vor 4 Monaten:						
	letzten 2 Jahre insgesamt						
Mit Absicht eine zu hohe Dosis an Drogen oder Tabletten nehmen							
	zurückliegender Monat:						
	vor 2 Monaten:						
	vor 3 Monaten:						
	vor 4 Monaten:						
	letzten 2 Jahre insgesamt						

## 10.1.3 FGG – Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen

## Fragebogen zu Gedanken und Gefühlen

Name / Code: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Sie finden hier eine Liste von Aussagen zu verschiedenen Lebensbereichen.

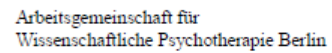
Bitte lesen Sie jede Aussage und kreuzen Sie an, wie sehr Sie ihr zustimmen oder wie sehr Sie sie ablehnen.

Da es hierbei keine "richtigen" oder "falschen" Antworten gibt, können Sie sich auf den ersten Eindruck verlassen, der Ihnen als Antwort in den Sinn kommt.

	<i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>Stimme eher nicht zu</i>	<i>Stimme teils zu / teils nicht zu</i>	<i>Stimme eher zu</i>	<i>Stimme voll- kommen zu</i>
1) Ich habe oft das Gefühl, meine eigenen Wünsche denen von anderen Leuten unterordnen zu müssen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Ich schäme mich für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Ich fühle mich meistens einsam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Leute, die zunächst großartig erscheinen, erweisen sich später oft als große Enttäuschung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Ich kann Anforderungen oder Erwartungen an mich nicht erfüllen, obwohl ich das sollte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) So wie ich bin, kann man mich nicht akzeptieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Menschen reagieren auf mich tendenziell so, daß sie mich entweder mit Liebe überwältigen oder mich verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Nie ist jemand da, der sich für mich stark macht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Es ist mir nicht möglich, mich selbst zu kontrollieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Enge zwischenmenschliche Beziehungen sind bedrohlich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Andere sind gefährlich und meinen es böse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Manchmal bin ich mir nicht sicher, ob ich mich als Mann oder als Frau fühle.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Es fällt mir extrem schwer, mit dem Ende einer Beziehung zurechtzukommen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Gelegentlich habe ich starke Gefühlsausbrüche, und ich weiß nicht warum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Ich scheine Leute, die mir nahe stehen, fast dazu zu ermuntern, mir weh zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Wenn ich einen Fehler mache, sollte ich alles hinschmeißen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Mein Gefühl darüber, wer ich bin, ändert sich häufig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	<i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>Stimme eher nicht zu</i>	<i>Stimme teils zu / teils nicht zu</i>	<i>Stimme eher zu</i>	<i>Stimme voll- kommen zu</i>
18) Ich bin sehr leicht zu verletzen.	O-----O-----O-----O-----O				
19) Irgendwie bin ich ziellos und weiß nicht, wo es mit mir in meinem Leben hingehen soll.	O-----O-----O-----O-----O				
20) Man kann anderen nicht trauen.	O-----O-----O-----O-----O				
21) Es ist befreiend, Dinge zu zerstören, wenn man wütend ist.	O-----O-----O-----O-----O				
22) Manchmal möchte ich mich selbst verletzen.	O-----O-----O-----O-----O				
23) Mein Leben ist eine Aneinanderreihung von Katastrophen.	O-----O-----O-----O-----O				
24) Ich verachte jede Form von Schwäche.	O-----O-----O-----O-----O				
25) Ich sollte meine Gefühle immer kontrollieren.	O-----O-----O-----O-----O				
26) Ich verstehe es ja selbst nicht, aber manchmal tue ich Leuten weh, obwohl ich sie sehr mag.	O-----O-----O-----O-----O				
27) In den meisten Situationen bin ich machtlos.	O-----O-----O-----O-----O				
28) Oft erscheint es mir der einzige Ausweg zu sein, mir selbst etwas anzutun.	O-----O-----O-----O-----O				
29) Ich komme alleine nicht zurecht. Ich brauche immer jemanden, auf den ich mich verlassen kann.	O-----O-----O-----O-----O				
30) Meine Gefühle anderen gegenüber wechseln häufig zwischen Liebe und Haß.	O-----O-----O-----O-----O				
31) Ich fühle mich oft innerlich leer.	O-----O-----O-----O-----O				
32) Gefühle sind gefährlich.	O-----O-----O-----O-----O				
33) Manche von meinen Freunden wären überrascht, wenn sie wüßten, wie verschieden ich mich in unterschiedlichen Situationen verhalte.	O-----O-----O-----O-----O				
34) Ich hasse mich.	O-----O-----O-----O-----O				
35) Niemand, der weiß, wie ich <i>wirklich</i> bin, würde gerne mit mir zusammen bleiben.	O-----O-----O-----O-----O				
36) Ich hatte schon immer große Angst davor, Leute zu verlieren, die mir nahe stehen.	O-----O-----O-----O-----O				
37) Andere verstehen oft nicht, wie ich mich fühle.	O-----O-----O-----O-----O				

#### 10.1.4 WAI-P – Working Alliance Inventory – Patientenversion



## Fragebogen zur Erfassung der Therapieallianz

Stundenzahl: \_\_\_\_\_

Wie bereits zu Beginn Ihrer Therapie, bitten wir Sie auch jetzt im Therapieverlauf eine aktuelle Einschätzung ihrer Beziehung zu Ihrem Patienten/ Ihrer Patientin zu geben.

- |   | Nie                      |                          | Manchmal                 |                          | Immer                    |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. _____ und ich stimmen überein hinsichtlich der Dinge, die ich in der Therapie tun muss, um seine/ihre Situation zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Das was wir in der Therapie tue, vermittelt _____ neue Wege, ihr/sein Problem zu betrachten.                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich glaube, _____ mag mich.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich zweifle an dem, was wir in der Therapie zu erreichen versuchen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ich vertraue in meine Fähigkeit _____ zu helfen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Wir arbeiten auf übereinstimmende Ziele hin.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ich schätze _____ als Mensch.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Wir stimmen hinsichtlich der Themen überein, deren Bearbeitung für _____ wichtig ist.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. _____ und ich vertrauen einander.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. _____ und ich haben unterschiedliche Auffassungen über die Art ihrer/seiner Probleme.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Wir haben ein gutes Verständnis bezüglich der Art der Veränderungen entwickelt, die für _____ gut wären.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. _____ glaubt, dass die Art und Weise wie wir an ihrem/seinen Problem arbeiten richtig ist.                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 10.1.5 Weitere Fragebögen und Patienteninformationen

Verwendete Fragebögen, die häufig vorkommen und leicht zugänglich sind, werden nicht abgebildet: BSI, BSL, BDI, SKID-I und II, WST.

Patienteninformationen und Fragebögen der Gesamtstudie „BBV“ werden bei Stecher-Mohr (in prep.) aufgeführt und aus Gründen der Überschaubarkeit ebenfalls nicht abgebildet

## 10.2 Voraussetzungsprüfungen

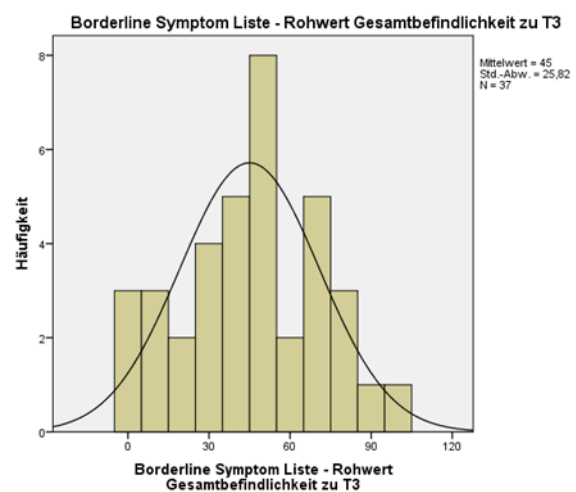
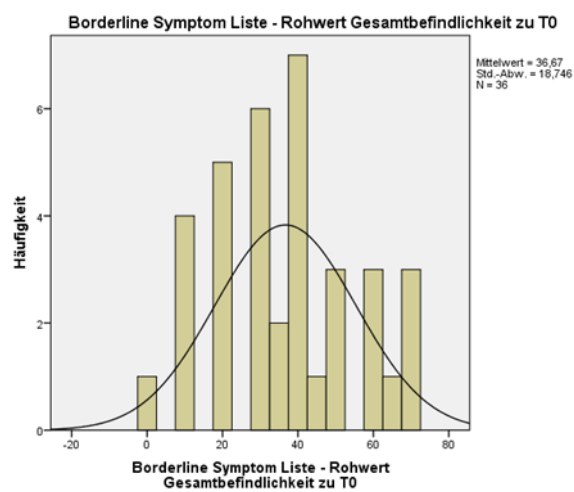
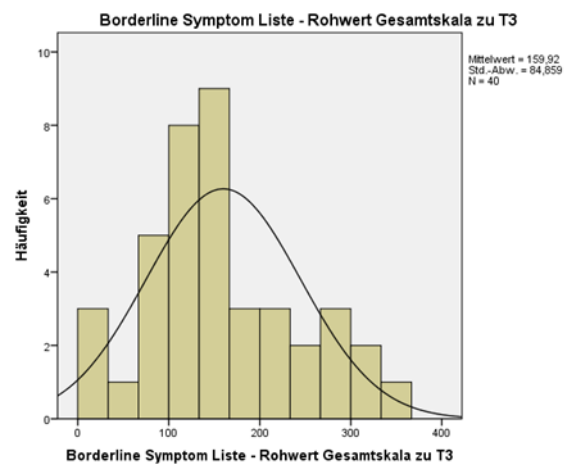
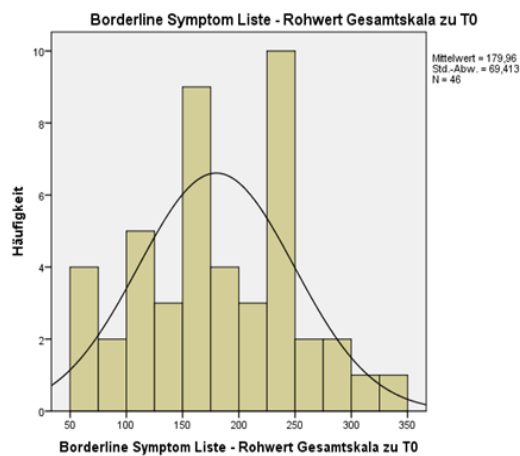
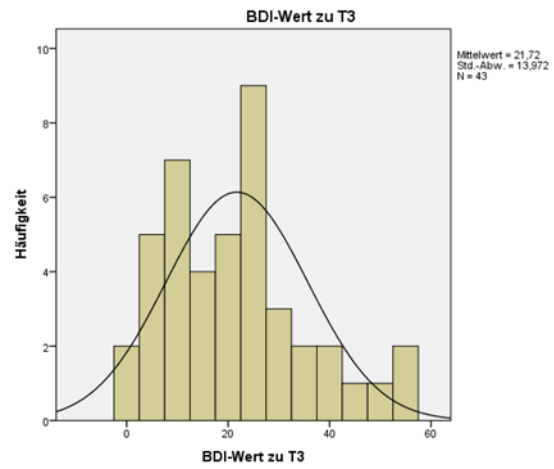
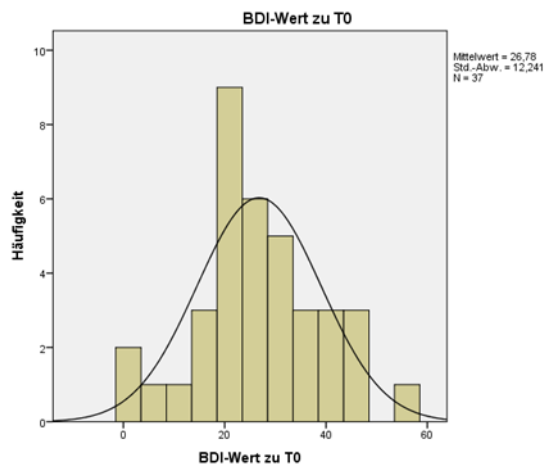
### 10.2.1 Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

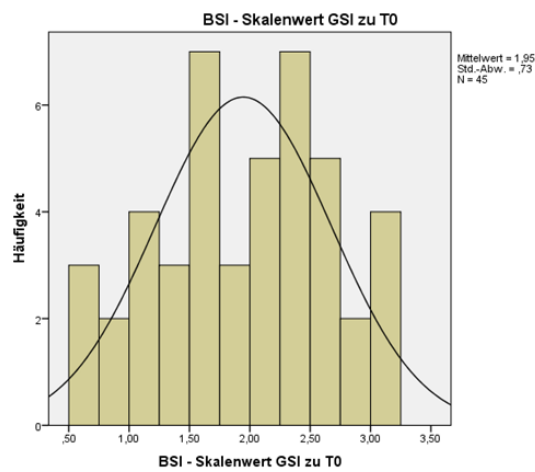
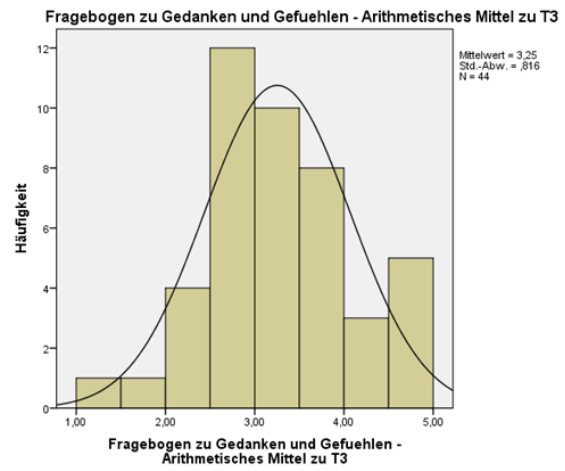
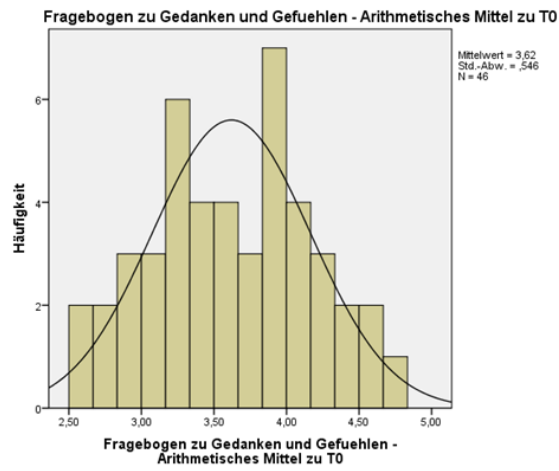
Tabelle: Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest

		BDI-Wert zu T0	BDI-Wert zu T3	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtskala zu T0	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtbefindlichkeit zu T0	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtskala zu T3	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtbefindlichkeit zu T3
N		37	43	46	36	40	37
Parameter der Normalverteilung <sub>a,b</sub>	Mittelwert	26,78	21,72	179,96	36,67	159,93	45,00
	SD	12,241	13,972	69,413	18,746	84,859	25,820
Extremste Differenzen	Absolut	,088	,097	,108	,124	,168	,104
	Positiv	,088	,097	,068	,124	,168	,099
	Negativ	-,077	-,069	-,108	-,088	-,060	-,104
Kolmogorov-Smirnov-Z		,533	,636	,732	,743	1,061	,631
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,939	,814	,658	,638	,210	,820

		Fragebogen zu Gedanken und Gefuehlen - Arithmetisches Mittel zu T0	Fragebogen zu Gedanken und Gefuehlen - Arithmetisches Mittel zu T3	BSI - Skalenwert GSI zu T0	BSI - Skalenwert GSI zu T3	Summe aller SVV 4 Monate vor W0	A_Summe aller SVV 4 Monate vor W3
N		46	44	45	43	47	46
Parameter der Normalverteilung <sub>a,b</sub>	Mittelwert	3,6197	3,2525	1,9459	1,4628	14,51	4,35
	SD	,54622	,81622	,72986	,89624	37,947	19,188
Extremste Differenzen	Absolut	,122	,081	,086	,137	,351	,410
	Positiv	,081	,081	,067	,137	,324	,376
	Negativ	-,122	-,070	-,086	-,080	-,351	-,410
Kolmogorov-Smirnov-Z		,826	,535	,579	,901	2,407	2,783
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,502	,937	,891	,392	,000	,000

## 10.2.2 Histogramme





## 10.3 Verwendete Formeln

### 10.3.1 Veränderungsanalysen

Effektstärkemaß der Varianzanalysen (Omnibus-Test):

$$\omega^2 = \frac{\left[ \frac{k-1}{nk} \times (MS_M - MS_R) \right]}{MS_R + \frac{MS_B - MS_R}{k} + \left[ \frac{k-1}{nk} \times (MS_M - MS_R) \right]}$$

(vgl. Field, 2009, S.479f; Eid et al., 2010)

Partielles Effektstärkemaß (Abbildung der Effektstärke der Kontraste):

$$\eta_p^2 = \frac{SS_M}{SS_M + SS_R}$$

(vgl. Field, 2009, S.416; Olejnik & Algina, 2003, S.435, Eid et al., 2010)

### 10.3.2 Effektstärkemaße für Veränderungsanalysen

Cohens d (gepoolte Variante):

$$d_{pool} = \frac{M_{T0} - M_{T3}}{SD_{pool}}$$

$$SD_{pool} = \sqrt{\frac{SD_{T0}^2 + SD_{T3}^2}{2}}$$

Im Falle der Verletzung der Normalverteilung wurde mit Hilfe des Vorzeichen-Rang-Tests nach Wilcoxon für verbundene Stichproben getestet (Gollwitzer & Jäger, 2009). Die Effektstärke wurde in diesem Fall mit einer auf z-Werten basierenden Formel nach Rosenthal (1991) berechnet, die sich für verteilungsunabhängige Verfahren eignet (vgl. Field, 2009, S. 558; R. Rosenthal, 1991, S. 29):

$$r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$$

Eine Effektstärke von  $r = .01$  ist als klein,  $r = .3$  ist als mittel und  $r = .5$  ist als groß zu bezeichnen (Cohen, 1992; Field, 2009).



### 10.3.3 Klinische Signifikanz: Reliable Change Index

Um einen Indikator zu haben, inwiefern ein Unterschied zwischen Prä- und Post- Messung statistisch reliable, bzw. überzufällige Veränderungen abbildet, wurde der Reliable Change Index mittels der Berechnungsformel von Jacobson und Truax (1991) verwendet:

$$RC = \frac{x_2 - x_1}{SD_{diff}}$$

Dabei beschreibt  $SD_{diff}$  den Standardfehler der Differenz:

$$SD_{diff} = \sqrt{2 SE^2}$$

$SE$  stellt hierbei den Standardfehler des Messinstruments dar mit der Standardabweichung  $S_E$  zur Ersterhebung (Prä) und der Retestreliaibilität  $r_{tt}$ :

$$S_E = s_1 \sqrt{1 - r_{tt}}$$

## 10.4 Tabellen und Abbildungen

### 10.4.1 Deskriptive Statistik der indirekten Erhebungsinstrumente

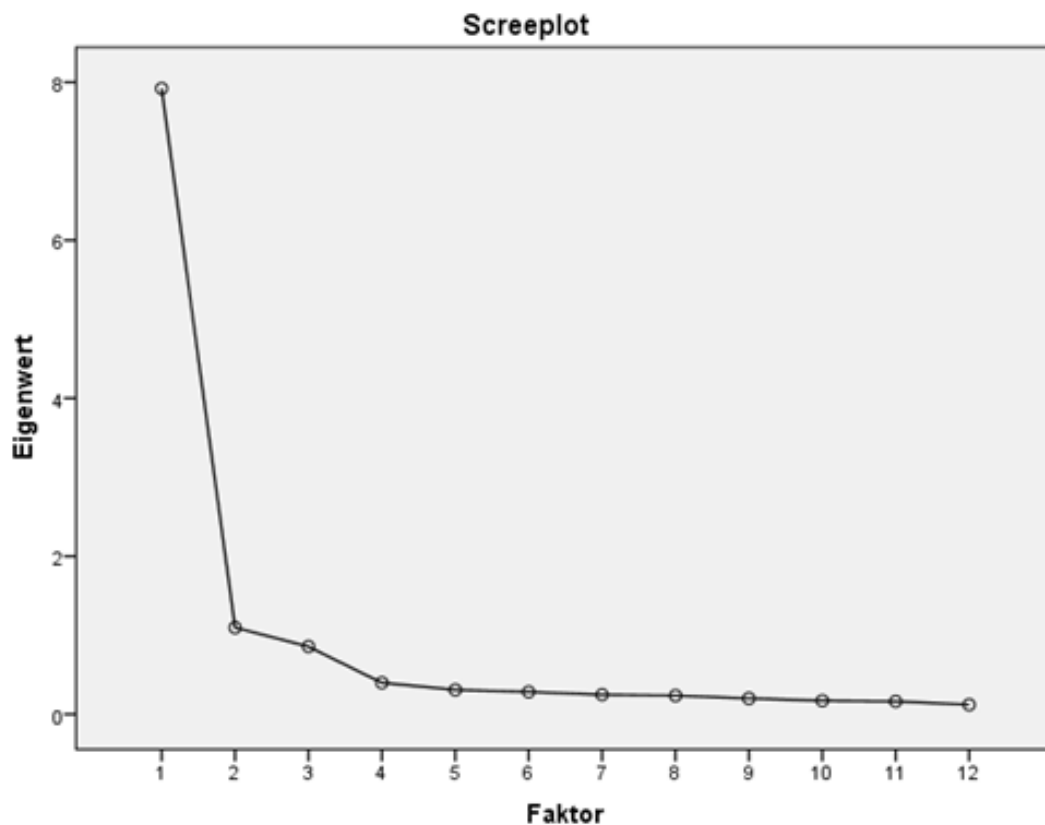
		BDI-Wert zu T0	BDI-Wert zu T3	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtskala zu T0	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtbefindlichkeit zu T0	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtskala zu T3	Borderline Symptom Liste - Rohwert Gesamtbefindlichkeit zu T3
N	Gültig	37	43	46	36	40	37
	Fehlend	10	4	1	11	7	10
Mittelwert		26,78	21,72	179,96	36,67	159,93	45,00
Standardabweichung		12,241	13,972	69,413	18,746	84,859	25,820
Minimum		1	0	61	0	15	0
Maximum		54	54	334	70	343	95
Summe		991	934	8278	1320	6397	1665

		Fragebogen zu Gedanken und Gefuehlen - Arithmetisches Mittel zu T0	Fragebogen zu Gedanken und Gefuehlen - Arithmetisches Mittel zu T3	BSI - Skalenwert GSI zu T0	BSI - Skalenwert GSI zu T3	Summe aller SVV 4 Monate vor W3	Summe aller SVV 4 Monate vor W0
N	Gültig	46	44	45	43	46	47
	Fehlend	1	3	2	4	1	0
Mittelwert		3,6197	3,2525	1,9459	1,4628	4,35	14,51
Standardabweichung		,54622	,81622	,72986	,89624	19,188	37,947
Minimum		2,54	1,16	,55	,11	0	0
Maximum		4,68	4,72	3,20	3,92	129	234
Summe		166,51	143,11	87,56	62,90	200	682

### 10.4.2 BSI-Unterskalen, Statistik bei gepaarten Stichproben

		MW	SD	T	df	Sig. (2-seitig)
Paaren 1	BSI - Skalenwert GSI zu T0	1,8973	,74349	3,176	40	,003
	BSI_GSI_T3	1,5068	,89389			
Paaren 2	BSI_Uns_T0	2,5814	1,00271	3,756	41	,001
	BSI_Unsich_T3	1,9583	1,15679			
Paaren 3	BSI_Depr_T0	2,2943	1,05153	3,379	41	,002
	BSI_Depr_T3	1,7553	1,21128			
Paaren 4	BSI_Ängst_T0	1,9301	,91844	3,167	41	,003
	BSI_aengstl_T3	1,4360	1,06213			
Paaren 5	BSI_Aggress_T0	2,0833	1,00872	3,292	41	,002
	BSI_Aggress_T3	1,4774	,99573			
Paaren 6	BSI_Phob_T0	1,3713	1,05987	1,152	39	,256
	BSI_Phob_T3	1,2200	1,12026			

### 10.4.3 Screeplot der Faktorenanalyse des WAI-P



#### 10.4.4 Gewichtung der Wirkfaktoren

Platzvergabe/ Wirkkomponente	1	2	%
Eigener Anteil	15	3	33,7
Technik	5	8	18,4
Therapeut	10	0	20,4
Beziehung	8	5	21,4
Umfeld	3	0	6,1
Gewichtung	Ganze Gewichtung	Halbe Gewichtung	Prozent
Summe	41	16/2= 8	100

#### 10.4.5 Deskriptive Statistik der Therapieziele über alle Kategorien hinweg

Statistiken						
		Zielerreichung zu W-1 auf einer Skala von 1-10	Zielerreichung zu W0 auf einer Skala von 1-10	Zielerreichung zu W1 auf einer Skala von 1-10	Zielerreichung zu W2 auf einer Skala von 1-10	Zielerreichung zu W3 auf einer Skala von 1-10
N	Gültig	134	138	138	61	132
	Fehlend	37	33	33	110	39
Mittelwert		1,3560	1,9094	3,1725	4,1984	4,7811
Standardabweichung		1,31444	1,81839	2,55417	2,88574	3,12781
Minimum		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Maximum		5,80	8,20	10,00	10,00	10,00

## 11. Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre ausdrücklich, dass es sich bei der hier vorliegenden Dissertation um eine von mir erstmalig, an keiner anderen Universität eingereichte, selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasste Arbeit handelt. Ich versichere, dass ich die verwendeten Quellen als solche kenntlich gemacht habe, die Literatur ist vollständig aufgeführt. Die Promotionsordnung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II (Amtliches Mitteilungsblatt Nr. 34/2006 vom 3. August 2006) ist mir bekannt.

Berlin, März 2014

.....